



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



معاونت بهداشت



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اصول حمایت و مداخله روانشناختی

در بازماندگان افراد فوت شده

ناشی از خودکشی

ویژه کارشناسان سلامت روان

نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

۱۴۰۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اصول حمایت و مداخله روانشناختی در بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی

ویژه کارشناسان سلامت روان
نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

گردآوری و تالیف: دکتر فرهاد طارمیان (روانشناس بالینی)
عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و سلامت اجتماعی

زیر نظر: دکتر احمد حاجبی
مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۱۴۰۰

سرشناسه : طارمیان، فرهاد، ۱۳۴۴ -

عنوان و نام پدیدآور : اصول حمایت و مداخله روانشناختی در بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی؛ ویژه کارشناس سلامت روان نظام مراقبت های بهداشتی اولیه/گردآوری و تالیف فرهاد طارمیان؛ زیر نظر احمد حاجبی؛ [برای] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

مشخصات نشر : تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انتشارات، ۱۴۰۰.

مشخصات ظاهری : ۴۲ ص.

شابک : 978-622-6276-81-8

وضعیت فهرست نویسی : فیپا

موضوع : سوگمندی -- جنبه های روان شناسی
Bereavement -- Psychological aspects
خودکشی -- جنبه های روان شناسی
Suicide-- Psychological aspects

شناسه افزوده : حاجبی، احمد، ۱۳۴۲ -

شناسه افزوده : ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

شناسه افزوده : ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شناسه افزوده : Iran. Ministry of Health and Medical Education

رده بندی کنگره : BF۵۷۵

رده بندی دیویی : ۱۵۵/۹۳۷

شماره کتابشناسی ملی : ۸۵۶۵۱۲۹

اطلاعات رکورد : فیپا

کتابشناسی

تاریخ درخواست : ۱۴۰۰/۰۸/۲۳

تاریخ پاسخگویی :

کد پیگیری : 8564674

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	سخن آغازین.....
۱	بازماندگان خودکشی.....
۲	فرایند سوگ.....
۲	ویژگی‌های سوگ بهنجار.....
۵	مرگ‌های ناگهانی و غیر منتظره در برابر مرگ‌های طولانی و مورد انتظار.....
۱۱	ویژگی‌های سوگ ناشی از خودکشی.....
۱۷	اثر خودکشی بر روابط اعضای خانواده.....
۱۸	مداخله درمانی برای بازماندگان.....
۱۹	ما به عنوان کارشناسان سلامت روان چه کاری باید انجام دهیم؟.....
۲۰	مدیریت بازمانده خودکشی.....
۲۲	اصول مداخله روانشناختی.....
۲۳	نکات عملی در اتاق درمان.....
۲۵	درمان سوگ بیمارگونه در بازماندگان خودکشی.....
۲۶	فراهم کردن اطلاعات برای کمک به مراجع در درک و پذیرش سوگ.....
۲۷	مدیریت رنج عاطفی و پایش علائم.....
۲۹	آموزش روانی.....
۳۱	تمرین فضای تنفس.....
۳۴	منابع.....

سخن آغازین

گاهی اوقات، با وجود همه مداخلات و مراقبت‌هایی که برای افراد در معرض خطر خودکشی انجام می‌دهیم، افراد به زندگی خود خاتمه می‌دهند، اما نقش شما به عنوان کارشناسان سلامت روان در اینجا تمام نمی‌شود، چرا که فردی که خودکشی می‌کند اطرافیان‌ش را در معرض مشکلات روانشناختی عیدیه‌ای قرار می‌دهد و آن‌ها را نیازمند کمک می‌کند.

بازماندگان خودکشی^۱

بازماندگان خودکشی، طبق تعریف، گستره‌ای از خانواده متوفی، دوستان، همکاران، کارشناسان سلامت روان و هرکسی را در برمی‌گیرد که با متوفی ارتباطی بیش از یک ارتباط موقتی داشته‌اند و همچنین شامل افرادی است که شاهد خودکشی فرد بوده‌اند، هم‌چنین کسانی که به شکل تصادفی در صحنه خودکشی حاضر بودند یا رانندگانی که خودکشی از طریق تصادف عمدی متوفی با وسیله نقلیه آنها صورت گرفته^۲ است، اما بیشترین سوگ و بیشترین آسیب روانی ناشی از خودکشی متوجه خانواده و شریک عاطفی متوفی است (۱). در این بسته آموزشی، منظور ما از بازماندگان خودکشی، افراد نزدیک به فرد از دست رفته بر اثر خودکشی می‌باشد.

مرگ یک دوست، یکی از اعضای خانواده و در کل کسی که دوستش داریم یکی از دردناک‌ترین تجارب زندگی است و اگر این مرگ بر اثر خودکشی باشد، پیامدهای نیز آن مخرب‌تر است. بازماندگان غالباً درگیر احساساتی چون تنهایی، انزوا، فرسودگی، رها شدگی می‌شوند و با سؤالات بی‌جواب بسیاری در ذهن خود دست و پنجه نرم می‌کنند (۲). بازماندگان خودکشی هم‌زمان با دست رفتن عزیزانشان با مرگی غیرمنتظره و احتمالاً خشونت بار نیز مواجه می‌شوند. اگرچه بسیاری از کسانی که قصد خودکشی دارند از قبل نشانه‌هایی از جمله خداحافظی کردن، صحبت درباره مردن، وصیت کردن، صاف کردن بدهی‌ها، تغییر ناگهانی خلق و یا حتی بهبود ناگهانی در خلقشان! دارند اما باز هم این اتفاق برای بازماندگان بسیار غیرمنتظره است. همچنین اگر بازماندگان به طور مستقیم شاهد صحنه‌ی خودکشی بوده باشند یا پیکر متوفی را بعد از خودکشی ببینند یا از حاضران در صحنه، درباره اتفاق رخ داده جزئیاتی را شنیده باشند، معمولاً این اتفاقات برای مدتی طولانی در ذهنشان می‌ماند. البته هر چند به مرور زمان کمرنگ‌تر می‌شود اما هیچگاه به طور کامل پاک نمی‌شود. مرگ یک عضو خانواده بر اثر خودکشی، تعادل خانواده را برهم می‌زند. تأثیر قطعی خودکشی در خانواده بستگی به نقش متوفی در خانواده و نحوه پرکردن جای خالی او دارد. همچنین یکپارچگی عاطفی اعضای خانواده (به لحاظ روانی و عاطفی به یکدیگر نزدیک باشند) راهی را برای آنها به وجود می‌آورد تا راهبردهای مقابله‌ای سالمی به کار گیرند.

روشی که فرد با آن اقدام به خودکشی می‌کند می‌تواند در نحوه پذیرش دوستان و خانواده اش نسبت به مرگ متوفی تفاوت ایجاد می‌کند. پذیرش مرگی ناگهانی و غیرمنتظره، به خصوص اگر خشونت‌آمیز و غیرقابل پیش‌بینی باشد (برای مثال حلق‌آویز شدن)، بسیار دشوار است. هرچه روش انتخاب شده خشن‌تر باشد، موانع بیشتری برای حل سوگ

^۱- suicide survivors

^۲ گاهی برخی افراد به قصد خودکشی، خودشان را به عمد جلوی وسایل نقلیه در حال عبور پرتاب می‌کنند

وجود دارد، اما جهت و مسیر نهایی همه سوگ‌ها شبیه به هم است (۳). به طور خلاصه عوامل زیر می‌توانند در تعیین مرضی بودن و شدیدتر بودن سوگ اثر گذار باشند:

۱. نوع دل‌سبستگی فرد بازمانده و همچنین تجارب اولیه وی از فقدان و سوگ
۲. نسبت (خانوادگی، دوست، همکار و...)، و کیفیت ارتباط فرد با متوفی (ارتباطی وابسته یا آمیخته با خشونت)
۳. سن متوفی
۴. غیرمنتظره بودن خودکشی متوفی
۵. استرس‌های قبل از فقدان
۶. نوع نگرش به فقدان و بیش برآورد فاجعه
۷. تاریخچه بیماری‌های روان‌پزشکی در خانواده
۸. فقدان شبکه‌های حمایتی اجتماعی برای بازمانده
۹. شدت سوگ در ماه‌های اولیه
۱۰. احساس گناه، شرم، تردید و پشیمانی شدید
۱۱. اتفاقات استرس‌زایی که بعد از حادثه رخ می‌دهد و فرایند انزوای بازماندگان را تقویت می‌کند.

فرایند سوگ

لیندمان واکنش سوگ حاد^۱ را به صورت نشانگانی (سندرم) متمایز و دارای نشانه‌های روانشناختی و جسمی توصیف می‌کند و خاطرنشان می‌سازد که این نشانگان بلافاصله پس از بحران اتفاق می‌افتد. او در عین حال ادعان دارد که این نشانگان ممکن است طبیعی یا غیرطبیعی باشند. در بعضی افراد ممکن است تشدید شده باشد و در سایرین ممکن است به تاخیر بیفتد یا ظاهراً غایب باشد. او شکل غیرطبیعی سوگ را شکلی تحریف شده قلمداد کرد و نشان داد که با اقدامات روانشناختی مناسب می‌توان شکل تحریف شده را به سوگ هنجار تبدیل و آن را حل کرد. او معتقد است واکنش فرد به مرگ یا در زمانی که فردی عزیز دچار صدمات شدید شود، ممکن است یکی از اشکال زیر را داشته باشد:

- ۱) سوگ بهنجار
- ۲) سوگ بیمارگون: طولانی شدن بحران هیجانی که به علت رفتارهای ناسازگارانه برطرف نشده باشد.
- ۳) واکنش‌های پسرقتی نظیر پیدایش افسردگی شدید یا الگوی بیمارگونه پاسخ‌دهی نظیر خودکشی (۵)

ویژگی‌های سوگ بهنجار

به عقیده لیندمان، فرایند طبیعی سوگواری همراه با علائم زیر است:

احساس گناه و مشغله ذهنی با آن: فرد داغ‌دیده شروع به جستجوی شواهدی از قصور خود در رابطه با

¹ acute grief

متوفی پیش از مرگ وی می‌کند. احساس گناه معمولاً از وجود رویکردی خصمانه به متوفی در زمان حیاتش ناشی می‌شود. در شروع سوگواری، احساس گناه ممکن است مغلوب‌کننده باشد و فرد سوگوار مدام از خودش سؤال کند که چرا به جاهایی که متوفی از آنها خواست نرفتند؟ چرا دنبال مراقبت‌های پزشکی دیگر نرفتند؟ منبع دیگری که ممکن است احساس گناه را در بازماندگان ایجاد کند این است که ممکن است فرد بازمانده فر از دست رفته را برای ایجاد این همه رنج سرزنش کند.

واکنش چشمگینانه و خصمانه: خشم و واکنش خصمانه ممکن است متوجه متوفی شود که چرا مرده است. خاستگاه خشم ممکن است به عوامل متعددی بستگی داشته باشد. مرگ، رنج سوگواری را به بار می‌آورد و فرد سوگوار به دلیل رنج خود ممکن است نسبت به متوفی چشمگین شود. در بعضی موارد ممکن است به جابجایی خشم برخورد می‌کنیم. در اینجا دشمنی با متوفی به فرد دیگری جابجا می‌شود. این خشم ممکن است با کوچک‌ترین تحریکی سرباز کند و به سمت هرکسی یا هرچیزی معطوف شود. فرد داغ‌دیده ممکن است از دنیا چشمگین باشد یا خشم خود را متوجه هرچیزی بکند که به نوعی آن را در رابطه با مرگ متوفی مقصر بداند (مانند کادر پزشکی و...).

ناتوانی: این حالت به ناتوانی کامل فرد سوگوار در تحمل رنج فقدان و وضعیت رنج آور مرتبط است. خاستگاه دیگر ناتوانی آن است که فرد باید زندگی را بدون وجود متوفی ادامه دهد.

انکار: انکار ممکن است واکنش ابتدایی به مرگ باشد. این واکنش معمولاً به مدت کوتاهی طول می‌کشد و با فرایند سوگواری دنبال می‌شود. فرایند انکار یعنی این که فرد نمرده است و این واقعیت که او مرده است ممکن است برای مدتی نوسان پیدا کند و گاهی ممکن است تا مدت‌ها پس از فقدان، ادامه یابد. انکار ممکن است از مرزهای سوگواری به‌نجار گذر کند و به عنوان سوگواری بیمارگون طبقه بندی شود. (۵)

فقدان هیجانات: تجربه فقدان و از دست دادن ممکن است سازوکاری برای به تعویق انداختن عواطف رنج آور سوگواری به راه اندازد. در سوگ به‌نجار، این حالت معمولاً مدت کوتاهی طول می‌کشد (۵).
نشانه‌های دیگر هم وجود دارد که جزئی از تظاهرات بالینی فرایند سوگواری به‌نجار هستند. احساس ناراحتی جسمی‌ای که به صورت موجی، هر بار از ۲۰ دقیقه تا یک ساعت طول می‌کشد. تجربه برخی تغییرات نظیر: احساس سفتی در گلو، خفگی یا تنگی نفس، تمایل چشمگیر برای آه کشیدن، احساس خالی بودن شکم، ناراحتی ذهنی شدیدی که فرد داغدار آن را به صورت تنش یا رنج روانی توصیف می‌کند، بی‌قراری و ناتوانی در یکجا نشستن به گونه‌ای که فرد ممکن است به صورت بی‌هدف دور بزند. همچنین بسیاری از داغ‌دیدگان از فقدان قدرت و از دست دادن انرژی شکایت دارند (۶-۹). پنج نشانه اصلی سوگ عبارتند از:

(۱) ناراحتی جسمی

(۲) اشتغال ذهنی با تصویر متوفی

- ۳) احساس گناه
- ۴) واکنش خصمانه
- ۵) از دست دادن الگوهای رفتاری متداول

البته ویژگی ششمی را هم می‌توان توصیف کرد: پیدایش صفات متوفی در رفتار فرد داغ‌دیده، به خصوص روزها یا ماه‌های آخر، یا رفتاری که ممکن است در زمان واقعه ظاهر شده باشد. این ویژگی در افرادی که در مرز واکنش سوگ بیمارگون قرار دارند نیز پیدا می‌شود (۱۰). فرایند سوگواری بهنجار را به جای مراحل می‌توان به صورت یک رشته تکالیف نیز در نظر گرفت- اعمالی که باید انجام شوند تا فرد بهبود یابد و به زندگی عادی برگردد:

- ۱) پذیرفتن واقعیت فقدان
- ۲) پایان دادن به عذاب سوگ
- ۳) سازگار شدن با دنیای بدون فرد عزیز
- ۴) برقراری پیوند درونی با فرد متوفی و ادامه دادن زندگی (۱۱)

لازم است کارشناسان سلامت روانی که با افراد سوگوار کار می‌کنند توالی این مراحل را برای طی کردن فرایند سوگواری در افراد بدانند و مراجعین خود را در این مسیر یاری دهند:

- **اجتناب:** فرد بازمانده بعد از شنیدن خبر، دچار شوک و ناباوری می‌شود که ممکن است چند ساعت تا چند هفته ادامه یابد. احساس بی‌تفاوتی عاطفی، وظیفه بیهوشی هیجانی را بر عهده دارد و این در حالی است که فرد دیر یا زود اولین تکلیف سوگواری را آغاز می‌کند و به طور دردناکی از این فقدان آگاه می‌شود (۱۱).
- **مواجهه:** وقتی فرد سوگوار با واقعیت مواجه می‌شود اندوه او بسیار شدید است. او اغلب دچار واکنش هیجانی شدید می‌شود که از جمله آن‌ها می‌توان به اضطراب، غم، اعتراض، خشم، درماندگی، ناکامی، دست کشیدن از فعالیت و حسرت کشیدن برای عزیز از دست رفته اشاره کرد. پاسخ‌های رایج عبارتند از: مرور جبری شرایط مرگ، پرسیدن از خود که چگونه ممکن بود از آن جلوگیری کرد و جست و جوی معنی در آن (۱۲). گرچه مواجهه دشوار است اما فرد سوگوار راقدر می‌سازد تا با تکلیف دوم دست به گریبان شود؛ پایان دادن به عذاب سوگ. فشار اندوه ناشی از عدم امکان پیوستن دوباره به فرد متوفی، فرد سوگوار را به این واقعیت نزدیک‌تر می‌کند که عزیز وی برای همیشه از دست رفته است. بعد از صدها یا شاید هزاران لحظه دردناک از این نوع، فرد داغ‌دیده درک می‌کند که رابطه با متوفی باید از نوع حضور جسمانی به بازنمایی ذهنی تبدیل شود. در نتیجه سوگواری به تکلیف سوم پیشرفت می‌کند؛ سازگاری با دنیایی که در آن فرد متوفی وجود ندارد (۱۳).
- **بهبودی^۱:** بر طبق دیدگاهی جدید به نام مدل فرایند دوگانه مقابله با فقدان^۲، مقابله مؤثر ایجاب می‌کند افراد بین پرداختن به پیامدهای هیجانی فقدان و توجه به تغییرات زندگی در نوسان باشند (۱۴-۱۶). وقتی این کار به

¹ restoration

² dual process model of coping

صورت موفقیت‌آمیز انجام شود، اثر ترمیم‌کننده و شفابخش دارد چرا که این پس و پیش رفتن و نوسان، موقتاً موجب حواس‌پرتی و رهایی از رنج هیجانی می‌شود. مواجهه با سوگ بدون این رهایی‌های موقتی موجب عوارض جبران‌ناپذیری برای سلامتی می‌شود. (۱۷)

- **برقراری پیوندی نمادین با متوفی:** وقتی اندوه فروکش می‌کند انرژی هیجانی به طور فزاینده‌ای به سمت مرحله چهارم هدایت می‌شود؛ برقراری پیوندی نمادین با متوفی و ادامه دادن زندگی به وسیله انجام مسئولیت‌های روزمره، پرداختن به فعالیت‌ها و هدف‌های جدید، نیرومند کردن پیوندهای قدیمی و برقراری روابط جدید. در روزهای خاصی مانند جشن‌های خانوادگی یا سال مرگ، واکنش‌های سوگ آشکار می‌شوند و به توجه نیاز دارند اما رویکرد سالم و مثبت به زندگی را مختل نمی‌کنند (۱۳).

مرگ‌های ناگهانی و غیر منتظره در برابر مرگ‌های طولانی و مورد انتظار

در موارد مرگ ناگهانی و غیر منتظره، نظیر مرگ بر اثر قتل، خودکشی، جنگ، تصادف، یا بلایای طبیعی، اجتناب ممکن است خیلی شدید و مواجهه بسیار آسیب‌زا باشد، زیرا شوک و ناباوری شدید هستند (۱۳). در صورتی که بازماندگان دلایل مرگ را درک کنند سازگاری با آن راحت‌تر است. بدون توجیحات معنی‌دار، افراد داغ‌دیده اغلب مضطرب و سردرگم می‌مانند. این نوع مرگ که بی‌معنی به نظر می‌رسد، اندوه پس از خودکشی‌ها، حملات تروریستی، مرگ در اثر شلیک گلوله و بلایای طبیعی را نیز پیچیده می‌کند. مرگی که ناگهانی و غیر منتظره است می‌تواند باورهای فرد را درباره عادلانه بودن دنیا با تردید مواجه کند (۲). تحمل کردن خودکشی به ویژه خودکشی جوانان بسیار سخت است. افرادی که به خاطر خودکشی فردی عزیز، سوگواری در مقایسه با بازماندگان مرگ‌های ناگهانی دیگر، به احتمال بیشتری نتیجه می‌گیرند که می‌توانستند به فرد متوفی کمک کرده و مانع از خودکشی وی شوند. به واقع آنها دچار خودسرزندی عمیقی می‌شوند که احساسات شرم و گناه شدیدی را در آنها به وجود می‌آورد. این واکنش‌ها زمانی خیلی شدید و مستمر هستند که فرهنگ یا مذهب فرد داغ‌دیده خودکشی را به عنوان عملی غیر اخلاقی محکوم کند (۱۹). تحقیقات نشان می‌دهد بازماندگان فردی که خودکشی کرده است معمولاً از کسانی که انواع دیگر فقدان را تجربه کرده‌اند، در احساس گناه و شرم، احساس طرد توسط فرد متوفی و میل به پنهان کردن علت مرگ، نمره بالاتری می‌گیرند (۲۰). معمولاً بهبودی از سوگ بعد از خودکشی طولانی‌ست (۲۱). به همین دلیل برای ارزیابی و درمان دقیق‌تر افرادی که دچار فقدان شده‌اند لازم است تا بین سه واژه سوگ یکپارچه^۱، سوگ بیمارگون^۲ و افسردگی عمده تمایز قایل شویم.

در سوگواری یکپارچه افراد دوره سوگواری را بدون نیاز به مداخله خاصی به صورت موفقیت‌آمیزی طی می‌کنند. در روزها و ماه‌های ابتدایی بعد از فقدان، شدت سوگ حاد بر اساس میزان رابطه و نزدیکی با متوفی نوسان پیدا می‌کند و فرد در نهایت با کاهش شدت سوگواری و شروع زندگی تازه بدون متوفی و یافتن معنا در زندگی جدید، به دوران سوگواری خود خاتمه می‌دهد (۲۲). محققان در مطالعات بلند مدت معمولاً دوره زمانی ۶ تا ۱۲ ماه را به عنوان

¹ integrated grief

² complicated grief

زمان مورد نیاز برای گذر از مرحله سوگ حاد و رسیدن به یک سوگواری یکپارچه شده پیشنهاد می‌کنند (۲۳، ۲۴) که در طی آن و در ادامه زندگی، واقعیت و معنای مرگ تو سطر بازماندگان جذب و درک می‌شود. در سوگ یکپارچه فرد متوفی فراموش نمی‌شود و همچنان احساسات اندوه باقی می‌مانند اما این احساسات شدت کمتری دارند و بیشتر در مواقعی مانند سالگرد فوت، تعطیلات و هر واقعه‌ای که یاد متوفی را زنده کند تجربه می‌شوند. همچنین در این نوع سوگواری، توانایی لذت‌بردن و بازگشت به روابط گذشته و برقراری ارتباطات جدید حفظ می‌شود (۲۲).

- **سوگواری بیمارگون:** در این نوع سوگواری، به مدت طولانی افکار مزاحم فراوانی درباره شرایط اتفاق افتاده قبل از مرگ متوفی وجود دارند، اجتناب شدیدی از هر چیزی که باعث به یاد آوردن متوفی شود مشاهده می‌شود و فرایندهای تنظیم هیجان به شدت مختل می‌شوند. این نوع سوگواری شباهت زیادی با سوگ حاد^۱ دارد.

^۱ واکنش اولیه به فقدان بسیار شدید و همراه با رنج عاطفی، تمایل به پیوستن به متوفی و واکنش‌های جسمی متعدد (acute grief)

معیارهای نسخه پنجم DSM-5 برای اختلال سوگ بیمارگون (پیچیده) ماندگار^۱

معیار الف. فرد مرگ یک عضو نزدیک خانواده و یا یک دوست صمیمی را حداقل ۱۲ ماه پیش تجربه کرده باشد، در مورد کودکان حداقل ۶ ماه پیش مرگ اتفاق افتاده باشد.

معیار ب. از زمان مرگ حداقل یک مورد از نشانه‌های زیر را در طول اکثر روزها و به میزان قابل توجهی تجربه کرده باشد:

۱. حسرت مداوم و داشتن اشتیاق برای پیوستن به متوفی؛ در کودکان ممکن است اشتیاق در بازی و یا رفتارهایی مانند رفتار کناره‌گیری-پیوستگی مجدد با مراقبین ابراز شود.

۲. غم و اندوه شدید و درد هیجانی در واکنش به مرگ

۳. مشغولیت ذهنی با متوفی.

۴. مشغولیت ذهنی با چگونگی مرگ؛ در کودکان این مشغولیت ذهنی ممکن است در زمینه‌ی بازی و رفتار بیان شود و ممکن است به مشغولیت ذهنی با احتمال مرگ دیگر افراد نزدیک گسترش یابد.

معیار ج. از زمان مرگ حداقل ۶ مورد از نشانه‌های زیر را در اکثر روزها و در حد معنی داری تجربه کرده باشد.

اندوه واکنشی به مرگ:

۱. پذیرفتن دشوار مرگ؛ در کودکان این مورد بستگی به توانایی کودک برای درک معنا و ثبات مرگ دارد.

۲. احساس شوکه شدن، گیجی و بی‌حسی هیجانی در مورد فقدان

۳. دشواری در به یاد آوردن مثبت متوفی

۴. تندخویی و یا خشم مرتبط با فقدان

۵. ارزیابی نابهنجار از خود در ارتباط با متوفی مانند سرزنش خود

۶. اجتناب مفرط از مواردی که تجربیات مرتبط با فقدان را برای فرد به یاد می‌آورند. مانند اجتناب از افراد، مکان‌ها و یاموقعیت‌هایی که با متوفی ارتباط داشتند؛ در کودکان ممکن است شامل اجتناب از افکار و احساسات مرتبط با متوفی باشد.

درهم گسیختن هویتی/اجتماعی:

۷. تمایل به مردن و بودن با متوفی.

۸. به سختی اعتماد کردن به دیگران از زمان مرگ به بعد

۹. احساس تنهایی و جدا بودن از دیگران از زمان مرگ به بعد

۱۰. احساس بی‌معنا بودن زندگی یا پوچی بدون متوفی و یا باور به این‌که بدون متوفی نمی‌تواند کاری بکند.

۱۱. سردرگمی در مورد نقش فرد در زندگی و یا احساس نقصان هویت، مانند احساس اینکه بخشی از وجود فرد با متوفی مرده است.

۱۲. دشواری یا بی‌میلی در دنبال کردن فعالیت‌های مورد علاقه و روابط دوستانه و یا برنامه‌ریزی برای آینده از بعد از تجربه فقدان.

معیار د. اختلال منجر به رنج روانی معنی دار و یا آسیب به عملکرد فرد در مدرسه، شغل و یا سایر حوزه‌های مهم شده باشد.

معیار هـ. واکنش داغدیدگی باید از نظر هنجارهای فرهنگی، مذهبی و سن نامتناسب و ناسازگار باشد (۲۵).

¹ Persistent Complex Bereavement Disorder

معیارهای نسخه یازدهم طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها (ICD-11)

برای اختلال سوگ ادامه دار^۱

ویژگی‌های اساسی:

- ۱) داغدیدگی بعد از فقدان شریک عاطفی، والدین، فرزند یا هر شخص مهم دیگر.
- ۲) واکنش سوگ ادامه دار و فراگیر که با ویژگی‌هایی نظیر اشتغال ذهنی مکرر با متوفی که با هیجان‌ناک شدید همراه می‌شود (احساس غم، احساس گناه، خشم، انکار، سرزنش، دشواری در پذیرش مرگ، احساس اینکه بخشی از وجود فرد از دست رفته است، ناتوانی در داشتن احساس خوب، کرختی عاطفی^۲، دشواری در مشارکت دوباره در اجتماع و فعالیت‌ها).
- ۳) واکنش سوگ برای مدتی طولانی که در محدوده نرمال جای نمی‌گیرد ادامه می‌یابد و به شکلی فاحش از هنجارهای اجتماعی، فرهنگی و دینی، تخطی می‌کند. این طبقه تشخیصی، واکنش سوگی را که تا شش ماه بعد از مرگ طول می‌کشد و در بعضی فرهنگ‌ها وجود دارد شامل نمی‌شود.
- ۴) این آشفتگی، باعث آسیب‌های معنادار از لحاظ بالینی در حیطه‌های عملکرد شخصی، خانوادگی، شغلی و سایر حیطه‌های می‌شود؛ اگر عملکرد فرد صرفاً از طریق تلاش بیشتر حفظ شود یا اگر در مقایسه با عملکرد قبلی وی یا در مقایسه با انتظاری که از او می‌رود، بسیار آسیب‌تر دیده باشد، در نتیجه فرد دچار ناسیب شده است (۲، ۳).

عوامل مؤثر بر ایجاد سوگ بیمارگون شامل سه دسته می‌شوند:

الف) عوامل قبل از وقوع فقدان: جنسیت مؤنث، دلبستگی نایمن، وجود اختلالات خلقی و اضطرابی، نوع ارتباط با متوفی، سابقه قبلی فقدان (۲۶-۲۹)

ب) عوامل مرتبط با فقدان:

نوع ارتباط با متوفی: همسر، مادر یا مراقبت‌کننده از متوفی (در مواردی که به طور مثال متوفی مبتلا به یک بیماری سخت بوده است)

نوع مرگ: خشن، ناگهانی، مرگ در اثر خودکشی (۲۶-۳۲)

ج) عوامل بعد از وقوع فقدان: حمایت‌های ضعیف اجتماعی از افراد بازمانده، محیط اجتماعی طردکننده، نداشتن اطلاعات کافی و ماندن در ابهام درباره علت مرگ، وجود فرایندهای مخل سیر طبیعی سوگ از قبیل عدم امکان سوگواری مطابق رسوم اجتماعی و مصرف مواد و مشروبات الکلی (۳۳-۳۸)

بعضی از واکنش‌های سوگ بیمارگون و بسیار طولانی، شامل نشانه‌هایی است که با معیارهای معمول DSM برای تشخیص اختلال افسردگی عمده تفاوت می‌کند (۳۹). کارشناسان سلامت روان همواره باید تفاوت واکنش‌های سوگ و اختلال افسردگی عمده را در نظر داشته باشند تا به اشتباه به افراد سوگوار برچسب افسرده نزنند و از طرف دیگر مراقب پیدایش افسردگی عمده در افراد سوگوار باشند. به همین جهت در اینجا به ذکر تفاوت‌های میان

¹ Prolonged grief disorder

² emotional numbness

سوگواری و افسردگی عمده می‌پردازیم:

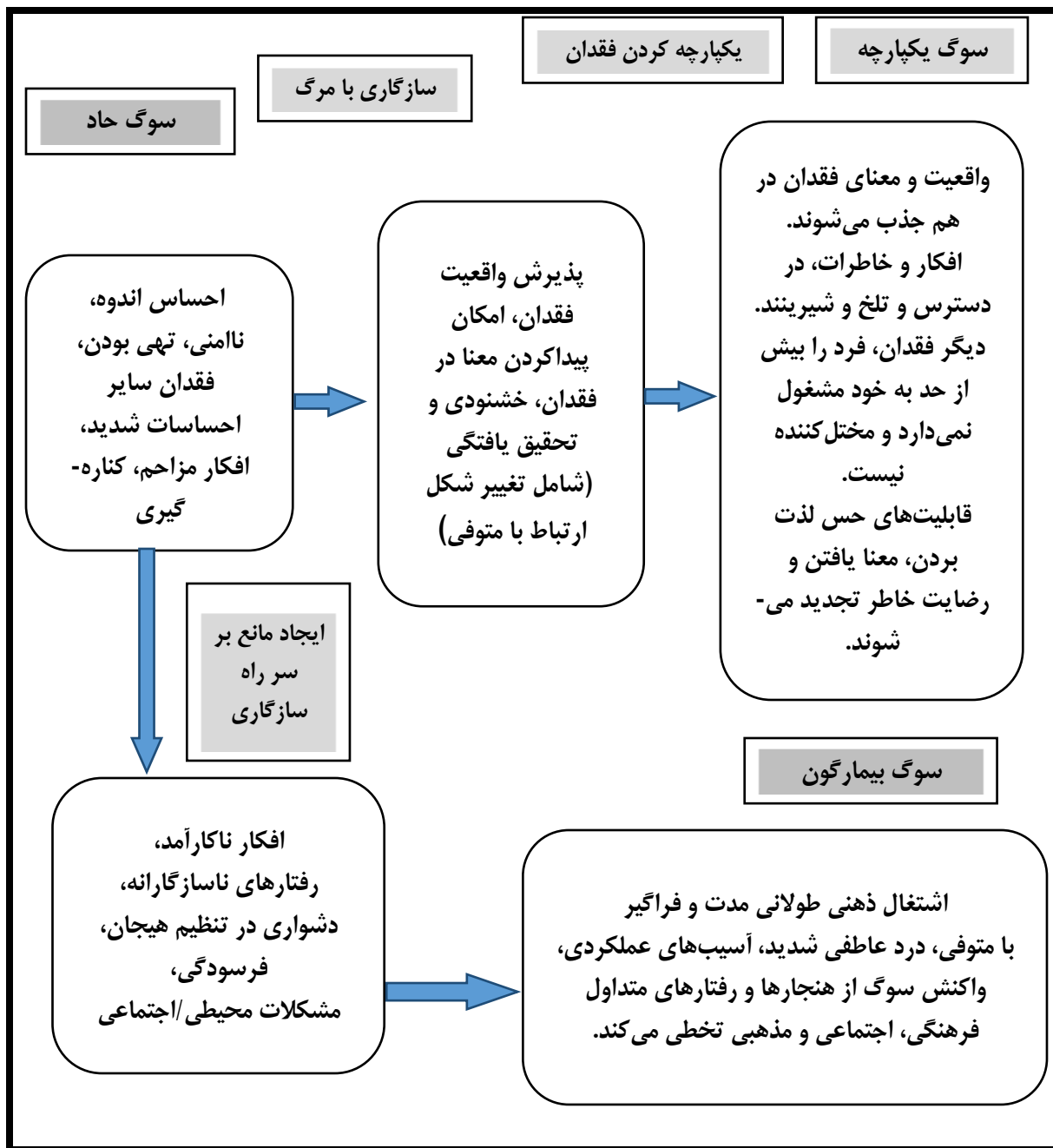
بعرضی از افراد سوگ و افسردگی را یکی در نظر می‌گیرند اما آنها شبیه هم نیستند. هر دو زندگی ما را با غم و غصه روبرو می‌کند و هر دو نیز باعث اختلال می‌شوند، اما شباهت آنها همین جا به پایان می‌رسد. افسردگی یک اختلال روانی است، اما سوگ اینگونه نیست. افراد سوگوار غمگین هستند، زیرا آنها کسی را که دوست دارند، فردی است که نور و رنگ و گرما را به جهان آنها اضافه کرده است. آنها احساس می‌کنند نور زندگی خاموش شده است و مطمئن نیستند چگونه دوباره جهان خود را به رنگ بیامیزند. افراد افسرده غمگین هستند زیرا آنها خود و / یا جهان را اساساً ناقص، ناکافی و بی‌ارزش می‌بینند. آنها احساس می‌کنند جهان اساساً نور و گرمایی ندارد که بخواهند دوباره آن را بیابند. افسردگی، تجربه احساسات مثبت را بازداری می‌کند اما سوگ اینگونه نیست. افسردگی تفکر را منفی می‌کند، سوگ اینگونه نیست. افسردگی در ظرفیت مراقبت از افراد دیگر و درک نیات خوب آنها دخالت می‌کند اما سوگ این گونه نیست (۱).

سوگ تمرکز فرد را به درون می‌برد، اما میل به ارتباط با دیگران و قدردانی از تلاش‌های دیگران، حفظ می‌شود. واکنش طبیعی و مورد انتظار به یک حادثه یا فقدان مانند مرگ عزیزان یا حوادث طبیعی یا مشکلات مالی شامل احساس غمگینی، اشتغال ذهنی با حادثه، بی‌خوابی، کم‌اشتهایی و کاهش وزن شباهت زیادی به یک دوره افسردگی دارد. از این رو وجود علایمی نظیر احساس پوچی، بیهودگی و افکار خودکشی (نه تمایل به پیوستن به مرحوم)، کندی روانی حرکتی و اختلال شدید در عملکرد کلی، نشانه افسردگی عمده است (۲). بسیار مهم است که میان افسردگی و سوگ تمایز گذاشته شود؛ زیرا افسردگی نیاز به درمان دارد و سوگ نیاز به اطمینان و حمایت دارد. با تشخیص اشتباه افسردگی بر کسی که سوگ دارد، در واقع به او صدمه می‌زنیم. در عین حال، بازداری احساسات مثبت، جهت‌گیری و تفکر منفی به خود و جهان و اختلال در روابط کارآمد با دیگران همگی می‌توانند مانع حل سوگ شده و موجب شکل‌گیری شوگ بیمارگون شوند.

برای افتراق سوگ از دوره افسردگی اساسی بهتر است این نکته مد نظر باشد که عاطفه غالب در سوگ احساس تهی بودن و فقدان است. در حالی که در افسردگی اساسی عاطفه غالب خلق افسرده مداوم است و فرد نمی‌تواند انتظار شادی یا لذت داشته باشد. شدت ملال ناشی از سوگ با گذشت روزها و هفته‌ها به تدریج رو به کاهش می‌گذارد و به صورت موجی بروز می‌کند. به همین جهت به نام "موج غم‌های آبی سوگ" معروف است. این موج‌ها معمولاً در ارتباط با فکر و خاطرات فرد فوت شده بروز می‌کنند. خلق افسرده تدوام و ثبات بیشتری دارد و به افکار یا مشغولیت ذهنی خاصی مربوط نیست. گاهی ناراحتی موجود در سوگ با هیجان‌ات مثبت و شوخ طبعی همراه است که با اندوه فراگیر و احساس فلاکت شدیدی که از مشخصات دوره افسردگی اساسی است تفاوت زیادی دارد. محتوای افکاری که در سوگ دیده می‌شود اغلب حول و حوش افکار و خاطرات فرد فوت شده سیر می‌کند و سرزنش خود یا نشخوارهای ذهنی بدبینانه‌ای که در افسردگی اساسی دیده می‌شود در سوگ وجود ندارد. در سوگ، عزت نفس عموماً حفظ می‌شود در حالی که در این دوره افسردگی اساسی بی‌ارزشی و تنفر از خود شایع است. اگر افکار خود سرزنشی در سوگ دیده شود به طور معمول مربوط به عدم رسیدگی کافی به فرد فوت شده (قبل از مرگ) است (مانند عدم ملاقات وی به حد کافی، عدم ابراز علاقه به وی). اگر افکاری مربوط به مرگ و میر به ذهن فرد عزاوار خطور کند معمولاً درباره شخص فوت شده و یا پیوستن به اوست، در حالی که در دوره

افسردگی اساسی این گونه افکار به دلیل احساس بی‌ارزشی، نداشتن لیاقت زندگی یا عدم توانایی سازگاری با رنج ناشی از افسردگی به پایان دادن زندگی خود مراجع تمرکز می‌یابد (۴۰). در شکل زیر مسیرهای شکل‌گیری سوگ یکپارچه و بیمارگون مشاهده می‌شود:

شکل ۱: مسیرهای سوگ یکپارچه شده و بیمارگون



ویژگی‌های سوگ ناشی از خودکشی

به طور متوسط بعد از هر خودکشی کامل، با توجه به گستره‌ای که تعریف ما از بازماندگان خودکشی در بر می‌گیرد، حدود ۶ تا ۱۰ نفر مشمول تعریف بازماندگان خودکشی می‌شوند، دچار سوگ هستند و باید سلامت روانی آن‌ها مورد توجه جدی قرار گیرد (۴۱). برای افرادی که ما آنها را به اصطلاح بازماندگان خودکشی می‌نامیم سه منبع عمده رنج وجود دارد:

- (۱) سوگواری به دلیل این که فرد عزیزشان از دنیا رفته است.
- (۲) زمانی که متوجه می‌شوند این مرگ بر اثر خودکشی اتفاق افتاده است منجر به نوعی حالت اختلال استرس پس از سانحه در آنها می‌شود
- (۳) به دلیل نگاه همراه با انگ در جوامع مختلف، بازمانده‌ها در بسیاری از مواقع نمی‌توانند درباره علت مرگ صحبت کنند و در نتیجه فرایند طبیعی سوگواری آنها طی نمی‌شود.

بازماندگان خودکشی‌ها نسبت به افرادی که به علل طبیعی داغ‌دیده شده‌اند، بطور چشمگیری حمایت عاطفی کمی را برای احساس سردگی و حزن و اندوه خود، دریافت می‌کنند. این نقص در سیستم حمایتی، اغلب آنها را نسبت به جامعه منزوی می‌کند و با وجود وخامت حال و مشکلاتشان، تنها می‌گذارد. در طول تاریخ همواره در جوامع مختلف، به خانواده و بازماندگان فرد از دست رفته در اثر خودکشی، با یک انگ نگریسته شده و آن‌ها به خاطر اینکه یکی از اعضای خود را در اثر خودکشی از دست داده‌اند، مورد سرزنش قرار می‌گیرند. از این رو خودکشی می‌تواند برای خانواده متوفی، انگ، تحقیر و سرزنش را چه از طرف خود و چه از طرف جامعه به همراه داشته باشد. این موضوع می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی شده و خانواده متوفی را از دسترسی به کمک و خدمات حرفه‌ای باز دارد (۴۲) -

(۲). استرس‌های ناشی از خودکشی برای این افراد الزاماً از زمان وقوع حادثه منجر به فوت آغاز نمی‌شود. بسیاری از افراد بازمانده، مدتها قبل از آن که متوفی در اثر خودکشی فوت کند، و در واقع از اولین باری که متوفی در گذشته اقدام به خودکشی ناموق کرده متحمل فشارهای روانی بسیاری می‌شوند (۲).

فرایند سوگ ناشی از خودکشی طولانی است و فرد ممکن است مدام از احساس گناه، خشم، رها شدگی و شرم رنج ببرد و از خود بپرسد که چرا آن شخص خودش را کشت. همچنین ممکن است بارها اتفاقات قبل از خودکشی را مرور کند و به دنبال دلیل این اتفاق بگردد. تلاش برای فهم دلیل خودکشی، یک واکنش شایع بین بازماندگان است. سوآلی که ممکن است هیچ‌گاه جواب آن را پیدا نکنند (۲). بازماندگان خودکشی به احتمال بیشتری نسبت به بازماندگان بر اثر سایر مرگ‌ها علایم سوگ بیمارگون را نشان می‌دهند.

همان‌طور که گفته شد، سوگ بیمارگون حالتی است که در آن سوگ‌حاد، بیش از حد انتظار طولانی می‌شود، باعث استرس هیجانی می‌شود و عملکرد فرد را مختل می‌کند. در سوگ بیمارگون، پایه‌ریزی یک زندگی معنی‌دار و هدفمند بعد از خودکشی، بسیار سخت می‌شود. داغ همیشه برای فرد تازه است و بهبودی با گذشت زمان حاصل نمی‌شود. از طرف دیگر فرد بازمانده مدام درگیر تعارض بین خاطرات فرد متوفی و اجتناب از یادآوری خاطرات مربوط به اوست. خاطرات خوش مرتبط با متوفی یا به کلی مسدود می‌شوند و به آگاهی نمی‌آیند یا اگر هم به یاد آورده شوند، با احساسات اندوه و دلتنگی شدیدی همراه هستند.

در این حالت سوگ بیمارگون شامل دو دسته نشانه است. اولین دسته، درد جدایی است^۱، که به صورت اشتیاق بیش از حد برای جستجوی متوفی ظاهر می‌شود. دسته دوم درد تروماتیک^۲ است که شامل علایمی از قبیل ناباوری، دشواری در پذیرش واقعیت و تلخ و دردناک بودن فقدان است. اگر فرد این نشانه‌ها را حداقل ۶ ماه تجربه کند و در طی این مدت کارکرد او دچار اختلال شده باشد، می‌توان گفت که این فرد سوگ بیمارگون دارد. در مجموع در صورت وجود نشانه‌های زیر در افراد بازمانده، باید به احتمال وجود سوگ بیمارگون در آنها مشکوک باشیم:

(۱) علایم مرتبط با سوگ به مدتی بیشتر از مدت مورد انتظار ادامه داشته باشند و زندگی فرد را مختل کنند.

(۲) علایم سوگ بیشتر از حد مورد انتظار شدید باشند

(۳) فرد علایمی داشته باشد که در یک سوگ نرمال دیده نمی‌شود از جمله:

- افکار مداوم خودکشی

- احساس فراگیر و طولانی ناامیدی

- احساس فراگیر و مداوم بی‌ارزشی

- علایم روان‌پریشی

- ایجاد یا تشدید دوره‌های سو مصرف مواد و الکل

در ادامه به ویژگی‌های سوگ ناشی از خودکشی با تفصیل بیشتری می‌پردازیم.

• **احساس گناه**: در بازماندگان احساس گناه به دلایل مختلفی ایجاد می‌شود:

(۱) به این دلیل که آنها علایم هشدار دهنده خودکشی را در فرد تشخیص ندادند و تلاشی در جهت جلوگیری از آن انجام ندادند.

(۲) به دلیل دور بودن از متوفی، قادر به واکنش نشان دادن و نجات او در لحظه خودکشی نبودند.

(۳) توجه کافی به خودکشی‌های قبلی فرد، افسردگی و سایر مشکلات روانی او نکردند.

(۴) بیش برآورد مسئولیت و توانایی خود در جلوگیری از خودکشی و یا بهبود مشکلات روانی متوفی.

(۵) همچنین ممکن است بازماندگان متوجه نشانه‌های افکار خودکشی در فرد شده بودند اما آن را انکار می‌کرده‌اند و بعد از خودکشی دچار احساس گناه شده‌اند.

(۶) آنها مدام خاطرات قبلی خود با متوفی را مرور می‌کنند و خود را به خاطر ناملایمت‌هایی که در ارتباطشان داشته‌اند سرزنش و احساس گناه خود را تشدید می‌کنند.

(۷) یکی دیگر از دلایل احساس گناه فقدان دانش علمی درباره دلایل خودکشی است، در نتیجه فرد بازمانده این خلا در دانش را با مقصر دانستن خود پر می‌کند.

حتی اگر متوفی نشانه‌های رنج و افسردگی را در زمان حیاتش نشان نداده باشد باز هم ممکن است بازماندگان به دلیل اینکه نتوانستند حال بد متوفی را تشخیص دهند و به او کمک کنند احساس گناه و پشیمانی کنند. دلیل احساس

¹ Separation distress

² Traumatic distress

گناه هرچه که باشد نتیجه آن فهرست بلندی از سؤالات "چه می‌شد اگر" نا تمام است که بازمانده با اشتغال ذهنی با این سؤالات به نوعی خود را تنبیه می‌کند. احساس گناه و سرزنش خود به ویژه در پدر و مادرهایی که فرزندان خود را بر اثر خودکشی از دست داده‌اند بیشتر است. مشاوره‌های گروهی و انفرادی به این افراد کمک می‌کند تا بفهمند چه میزان از این احساس گناه واقعیست.

- **فکر کردن مداوم درباره علت خودکشی فرد:** اگر او در زمان حیات به طور واضح درباره تصمیم خود و دلایل آن صحبت نکرده باشد، برای فرد باز مانده پذیرش این مطلب دشوار است که متوفی که ارتباط نزدیکی هم با او داشته است در باره مشکلات و افکارش با او صحبت نکرده و کمک نخواسته است. فرد در اثر این کاوش بی‌نتیجه دلیل خودکشی، دچار خودسرزنی شدید و همچنین احساس خشم نسبت به سایر بازماندگان از جمله سایر اعضای خانواده، دوستان فرد متوفی، پزشکانی که متوفی با آنها تماس داشته و... می‌شود. در نتیجه این احساس خشم، فرد دیگران را به طور مستقیم و غیر مستقیم مورد سرزنش قرار می‌دهد. حتی اگر متوفی یادداشتی از خود به جای گذاشته باشد و در مورد خودکشی خود دلیل آورده باشد، باز هم بازماندگان سؤالات بی‌جوابی برایشان باقی می‌ماند. بازماندگان شدیداً نیاز دارند تا خودکشی اتفاق افتاده برایشان معنی دار و قابل فهم شود.

- **انگ‌های اجتماعی همراه با خودکشی** مشکلات مضاعفی برای بازماندگان ایجاد می‌کند. افراد احساس می‌کنند رفتار دیگران در اجتماع با آنها عوض شده و در معرض نگاه منفی دیگران قرار دارند. البته هنوز مشخص نیست که چه مقدار از این احساس، ناشی از فرافکنی بازماندگان است و چه مقدار از آن واقعیت دارد. اما هرچه هست، در نتیجه این تصور، افراد بازمانده کمتر در صدد درمان و جست‌وجوی کمک برای مشکلات خود بر می‌آیند. این انگ‌ها و نگاه منفی به ویژه در جوامع با بافت مذهبی بیشتر است.

- یکی دیگر از ویژگی‌های بازماندگان از خودکشی، ترس آنها از **خودکشی سایر اعضای خانواده** است و در نتیجه آن، دست به مراقبت‌های بیش از حد و آزاردهنده از سایر اعضای خانواده می‌کنند. البته احتمال خودکشی در اعضای خانواده بازماندگان بیشتر می‌شود چرا که خودکشی هم ریشه ژنتیکی دارد و هم چون بازماندگان با رنج‌های عاطفی بسیاری مواجهند، گاهی خودکشی تنها راه ممکن برای فرار از این رنج‌ها برایشان به نظر می‌آید. از طرفی گاهی فکر می‌کنند با خودکشی می‌توانند به فرد متوفی پیوندند

- **احساس بی‌حسی و کرختی** بعد از رخ دادن حادثه بسیار شایع است و به فرد داغ‌دیده کمک می‌کند تا به ناگهان با این سوگ عظیم مواجه نشده و دچار فرسودگی نشود. این حالت می‌تواند همراه با شوکی همراه شود و تاجایی پیش رود که فرد داغ‌دیده واقعیت فقدان را انکار کند.

بعد از اینکه این احساس کرختی رفته رفته از بین رود، فرد دچار اضطراب و ترس زیادی می‌شود و مدام به این فکر می‌کند که متوفی لحظات آخر زندگی خود را چگونه گذراند، اکنون کجا است، چرا به فکر خودکشی افتاد و با این سؤالات اشتغال ذهنی زیادی پیدا می‌کند. اطلاعات گرفتن از افرادی که شاهد صحنه بوده‌اند یا در روزهای آخر با متوفی صحبت داشته‌اند می‌تواند تا حدودی در کاهش این اشتغال ذهنی کمک کند. بازماندگان به دنبال جواب این سؤال می‌گردند تا بتوانند به این اقدام متوفی معنی دهند و از سردرگمی‌هایی یابند. باید در نظر داشته

باشیم نیاز بازماندگان به فهم معنی و علت خودکشی متوفی، حتی بیشتر از نیاز خود متوفی به اینکار است. بازماندگان ویژگی دیگری که دارند این است که به دنبال نشانه‌ها و تائیدی بر پایین یافتن رنج متوفی و در آرامش بودن او هستند، از این رو از افراد مختلف به ویژه افراد مذهبی در این باره اطمینان خواهی می‌کنند و لازم است اطرافیان به حرف‌ها و سؤالات بازماندگان پاسخ‌های سنجیده‌ای بدهند. به طور کلی چهار موج از احساسات مختلف به دنبال خودکشی برای افراد بازمانده می‌تواند ایجاد شود. این چهار موج به صورت کلی از ترتیبی که در زیر می‌آیند تبعیت می‌کنند اما لزوماً در همه موارد این ترتیب وجود ندارد:

موج اول: سرگشتگی^۱. افراد این حالت را با چنین جملاتی نشان می‌دهند:

- نمی‌دانم به کجا پناه ببرم.

- نمی‌دانم چه بلایی به سرم آمده است.

- نمی‌توانم باور کنم.

- نمی‌خواهم باور کنم.

- او چطور توانست مرا در چنین وضعی رها کند؟

غالباً در ابتدا فرد بازمانده گیج است و نمی‌داند چه بر سرش آمده است. او سعی می‌کند آن رخداد را انکار کند و حتی ممکن است بگوید که مرگ در اثر خودکشی اتفاق نیفتاده است. او احساس بی‌پناهی می‌کند و می‌گوید: *باقی عمرم را چطور بدون متوفی سپری کنم؟ چطور زندگی را از سر بگیرم؟* فرد بازمانده برای چنین رخداد غیر منتظره‌ای آماده نبوده، فرصت خداحافظی با متوفی را نداشته و مانند بازمانده‌هایی که با مرگ‌های قابل انتظاری مثلاً در اثر بیماری مواجهند، نمی‌تواند فرایند طبیعی سوگواری را طی کند. حتی اگر متوفی قبلاً هم سابقه خودکشی داشته باشد بازهم فوت او برای بازماندگان نوعی مرگ غیر منتظره به حساب می‌آید.

در این مرحله تعداد کمی از بازماندگان ممکن است واکنش‌هایی-رهایی^۲ نشان دهند. ممکن است از اینکه رنج‌های متوفی و جر و بحث‌های آنها با او به اتمام رسیده، راضی به نظر برسند. اما این واکنش موجب پدید آمدن احساس گناه در آنها می‌شود و خود را بابت این که از چنین رخدادی احساس‌هایی دارند سرزنش می‌کنند. احساس طرد^۳ احساسی است که بعد از بهت^۴ و درماندگی^۵ به آنها دست می‌دهد. آنها احساس می‌کنند متوفی به انتخاب خود آنها را پس زده است. افراد همچنین در این مرحله ممکن است دیگران را مقصر چنین اتفاقی بدانند و دست به سرزنش آنها بزنند. برای مثال ممکن است اعضای خانواده یکدیگر را به خاطر عدم مراقبت از متوفی سرزنش کنند (۲). در نهایت ممکن است این افراد خود را مقصر بدانند و از خود بپرسند شاید رفتار آنها اشتباه بوده است، یا این که می‌توانستند جلوی خودکشی را بگیرند. این دوره علائمی را شامل می‌شود که پیچیدگی فرآیندهای حزن و اندوه سوگ را افزایش می‌دهد (۴۳).

¹ stunned

² relief—relief

³ rejection

⁴ shock

⁵ Helplessness بی‌پناهی

موج دوم: خشم^۱-گناه^۲-شرم^۳-اضطراب^۴. خشمی که بازمانده‌ها به فرد متوفی دارند غالباً به وضوح بیان نمی‌شود و حتی در قالب احساس خشم نیز تجربه نمی‌شود چرا که احساس گناه شدیدی را در آنها به وجود می‌آورد. برای بازمانده‌ها بسیار دشوار است که نسبت به متوفی که برای آنها فرد عزیزی بوده است احساس خشم داشته باشند. به ویژه در این مورد که خشم می‌تواند تا زمان‌های طولانی ادامه داشته باشد. در نتیجه این احساس خشم به متوفی و احساس گناه، نوعی دوسوگرایی^۵ در افراد به وجود می‌آید که به موجب آن هم از متوفی خشمگین هستند هم به خودشان احساس بدی دارند. احساس گناه احساسی است که ممکن است تا مدت‌های زیادی در بازماندگان باقی بماند. آنها دلایل بسیار زیاد و پایان‌ناپذیری از مسئولیت خود در برابر مرگ متوفی می‌آورند. احساس گناه در قالب جمله‌های زیر خود را نشان می‌دهد:

- چه کار می‌توانستم بکنم تا این اتفاق نیفتد؟
- آیا به اندازه کافی خوب عمل کردم؟
- آیا از متوفی غفلت کرده بودم؟
- شاید نشانه‌های هشدار دهنده خودکشی را نادیده گرفتم.
- باید پیش‌بینی می‌کردم که او ممکن بود به خودش آسیب برساند.
- باید به این توجه می‌کردم که او به اختلال روانی مبتلا بود و خطر خودکشی در او زیاد بود.
- باید او را در بیمارستان بستری می‌کردم.
- اگر بیشتر مراقب بودم او الان زنده بود.

کودکان نیز نوع دیگری از احساس گناه را در خود نشان می‌دهند. آنها دچار نوعی تفکر جادویی می‌شوند و گمان می‌کنند احساسات خصمانه آنها نسبت به متوفی در زمان حیاتش، عامل مرگ او بوده است. عوامل بسیاری نظیر داشتن ارتباط اجباری و پرتنش^۶ با متوفی، وجود سابقه اقدام به خودکشی در متوفی و عدم توانایی بازمانده‌ها در کمک رساندن به او، در ایجاد این احساس گناه نقش دارند. اما یکی از قدرتمندترین منابع ایجاد احساس گناه در بازماندگان چیزی است که ما آن را "بیرون بودن انگشت اتهام از قبر"^۷ می‌نامیم. شخص متوفی انگشت اتهامش به سمت بازماندگان است و خطاب به آنها می‌گوید: "شما این کار را با من کردید، شما باعث شکست من شدید، شما کاری کردید تا من این بلا را سر خودم بیاورم". این احساس متهم بودن به خودی خود در هر خودکشی‌ای می‌تواند برای بازماندگان به وجود بیاید و می‌تواند ریشه در یک مکالمه ناتمام با متوفی، در یک خشم ابراز نشده و همچنین در احساسات دوسوگرانه‌ی خشم و عشق به متوفی داشته باشد. یک قسمت مهم از احساس گناهی که بازماندگان تجربه می‌کنند آن است که هیچوقت راهی نخواهند یافت تا بفهمند که واقعاً چقدر گناهکار بوده‌اند. آنها در این باره صرفاً می‌توانند گمانه زنی کنند.

1 anger
2 guilt
3 shame
4 anxiety
5 ambivalence
6 strained relationship
7 accusation from the grave

شرم احساس دیگری است که بازماندگان در این مرحله با آن مواجهند. برخلاف این واقعیت که در بعضی جوامع دیدگاه‌های انگ‌آمیز نسبت به بازماندگان خودکشی تا حدودی تعدیل شده است اما بازماندگان اغلب در مواجهه با همسایگان، دوستان و سایرین احساس شرم می‌کنند.

احساس اضطراب نیز در این مرحله موجب آزار بازماندگان می‌شود. زندگی آنها با بحران عظیمی مواجه شده است و جای تعجب نیست که آنها آسیب پذیر می‌شوند و نمی‌توانند باور کنند دنیا و مردم ممکن است دوباره با آنها رفتار عادی و منصفانه‌ای داشته باشند. احساس اضطراب در جملاتی مثل جملات زیر نمود می‌یابد.

- می‌ترسم که این اتفاق برای بچه‌هایم بیفتد.

- می‌ترسم که از خانه بیرون بروم.

- می‌ترسم که تنها در خانه بمانم.

- هیچوقت نمی‌توانم دوباره به کسی عشق بورزم.

به طور خلاصه در این مرحله بازماندگان مورد حمله احساسات منفی خشم، گناه، شرم و اضطراب قرار می‌گیرند (۴۴).

موج سوم؛ افسردگی و ناامیدی: وقتی مردم کسی را از دست می‌دهند که برای آنها اهمیت بالایی دارد، احساس غمگینی و خشم می‌کنند و وقتی خشمگینند، احساس گناه و ترس آنها را فرا می‌گیرد در نتیجه، آن احساس خشم را از فرد متوفی به درون خود جابجا می‌کنند. به دنبال این فرایند احساس افسردگی پدیدار می‌شود. افسردگی در بازماندگان ممکن است بسیار طولانی و عمیق شود. این افسردگی به نوعی آنها را فلج می‌کند. آنها نمی‌توانند ارتباطات جدیدی تشکیل دهند چرا که به عزت نفس آنها خدشه بزرگی وارد شده است. آنها با خود استدلال می‌کنند که اگر متوفی با خودکشی خود، آنها را طرد کرده است پس دیگر افراد نیز به هر نحوی ممکن است آنها را طرد کنند. در واقع آنها با چنین طرد شدنی از جانب متوفی، به طور عمیقی در احساس ناامیدی فرو می‌روند. در مجموع، عزت نفس پایین، احساس افسردگی و ناامیدی از ویژگی‌های بارز موج سوم است (۴۴).

موج چهارم؛ مشکلات روانشناختی و جسمی متعدد: پس از گذشت شش ماه از خودکشی ممکن است اکثر بازمانده‌ها دچار مشکلاتی شوند که برای حل آنها نیاز باشد به پزشک مراجعه کنند. مشکلات جسمانی‌ای که ممکن است بازماندگان با آن مواجه شوند عبارتند از: درد پشت، بی‌خوابی، خستگی، سردرد و درد در سایر قسمت‌های بدن. همچنین مشکلات جدی مربوط به سلامت روان نیز ممکن است در احساس تهی بودن^۱ و ناتوانی در برقراری روابط جدید و همچنین به وجود آمدن فوبیا و اضطراب نسبت به اتفاقات معمول زندگی روزمره دیده شود. یکی از ناراحت‌کننده‌ترین چیزها در رابطه با مشکلات روانی و روانی-جسمانی^۲ آن است که بازماندگان نمی‌توانند ارتباطی بین بروز این علایم با اتفاق رخ داده برقرار کنند و در نتیجه دوباره خودکشی عزیز از دست رفته به پزشک اطلاعاتی نمی‌دهند. از طرف دیگر ممکن است برای حل مشکلات روانی که دچار شده‌اند، به دلایل زیر به متخصص سلامت

¹ Sense of emptiness

² psychosomatic

روان مراجعه نکنند:

- ۱) ناتوانی در فهم صحیح نشانه هایشان از قبیل مشکل در به خواب رفتن، کابوس‌ها، اضطراب.
- ۲) ناتوانی در اعتماد کردن به یک درمانگر و باور به اینکه او می‌تواند حمایت و کمکش کند.
- ۳) فقدان اطلاعات درباره وجود منابع حمایتی موجود در جامعه که در این گونه موارد می‌توانند حامی آنها باشند.
- ۴) و چون غالب جامعه درباره چنین بحرانی آموزش‌های لازم را ندیده‌اند این افراد با احساسات فلج‌کننده گناه و انزوا به زندگی ادامه می‌دهند و درصدد حمایت‌های روانشناختی بر نمی‌آیند.

یکی دیگر از مشکلاتی که در این موج برای افراد ایجاد می‌شود آن است که آرزو می‌کنند که کاش بتوانند خودشان را از بین ببرند. این فکر به قدری طبیعی است که در گروه‌های حمایتی بازماندگان، بین اعضا به عنوان یک فکر طبیعی از آن یاد می‌شود. تقریباً هر بازمانده‌ای افکار خودکشی را همراه خود دارد و برخی از آنها نیز واقعا به آن اقدام می‌کنند. در مجموع، موج چهارم شامل ترکیبی از مشکلات روانشناختی و جسمانی است که گاهی اوقات با افکار و حتی اقدام به خودکشی نیز همراه هستند (۴۴).

در پایان توضیح این چهار موج لازم است یادآور شویم که یکی از واکنش‌های هیجانی‌ای که لزوماً در درون یکی از این چهار موج جای نمی‌گیرد انکار^۱ است. گاهی اوقات بازماندگان نمی‌توانند با شدت فاجعه رخ داده شده کنار بیایند. آنها از پذیرش اتفاق افتاده سر باز می‌زنند و به دنبال توجیهات دیگری برای آن هستند در واقع با اینکار از رو به رو شدن با پیامدهای هیجانی اتفاق رخ داده نیز طفره می‌روند.

خلاصه کلام این که بازماندگان از مراحل که ذکر شد باید آگاه شوند. آنها باید بدانند که ممکن است با احساساتی از قبیل خشم، غم، گناه، شرم، ناامیدی و... مواجه شوند. باید به ریشه این احساسات بینش پیدا کنند، آنها را حل کنند و از سر بگذرانند. باید بدانند که ممکن است دچار مشکلات روانی و جسمانی شوند که خود جزیی از فرایند سوگشان است. اما در کنار همه اینها باید آگاه باشند که چنین واکنش‌هایی بیشتر مربوط به شش ماهه اول پس از واقعه است و این تازه اول این سفر دور و دراز است (۴۴).

اثر خودکشی بر روابط اعضای خانواده

در مجموع در مقایسه با همسران قربانیان، والدین احساس گناه، شرمساری و سوگ بیشتری را گزارش می‌کنند. شدت اندوه و حزن خواهر یا برادر، فرزندان، در جایی بین حزن و اندوه والدین و همسران قرار می‌گیرد (هرچند تفاوت چشمگیری با میزان اندوه همسران ندارند). در بین فرزندان، خواهران یا برادران، تقریباً اختلاف فاحشی در احساس حزن و اندوه، شرمساری و عدم پذیرش این واقعه وجود ندارد، اگر چه این مسائل همیشه در بین بازماندگان قربانیان خودکشی وجود دارد و بطور چشمگیری بیشتر از بازماندگان کسانی است که در اثر تصادفات مرده‌اند.

بازماندگان خودکشی‌ها بطور چشمگیری حمایت عاطفی کمی را برای احساس افسردگی و حزن و اندوه خود نسبت به افرادی که به علل طبیعی داغ‌دیده شده‌اند، دریافت می‌کنند و نمی‌توانند به راحتی به همکاران خود اعتماد کنند. متأسفانه این نقص در سیستم حمایتی، اغلب بازماندگان را منزوی می‌کند و آنها را با وجود وخامت حال و

¹ denial

مشکلات تنها می گذارد.

بعد از خودکشی ارتباط میان اعضای خانواده با دشواری روبرو می شود و اعضای خانواده تمایل کمتری به صحبت کردن درباره این اتفاق دارند، حتی ممکن است یک عضو ارتباط خود را به کل با سایر اعضا قطع کند. اگرچه تشویق اعضای خانواده به ارتباط با یکدیگر سخت است، ولی ضرورت دارد تا این کار انجام شود زیرا باعث در میان گذاشتن احساسات و ایجاد حس همدردی و تنها نبودن بین اعضای خانواده می شود.

همانطور که گفته شد، بین اعضای خانواده ممکن است تفاوت‌هایی در فرایند سوگواری دیده شود که می تواند مشکل ساز شود. مثلاً ممکن است یکی از اعضای خانواده از انکار بیشتری استفاده کند و این موجب خشم سایر اعضای خانواده شود چرا که فکر می کنند او به اندازه دیگران از اتفاق پیش آمده ناراحت نیست. باید بدانیم که اصلی ترین عامل تفاوت در سوگواری‌ها جنسیت است. مردان، تمایل به برون ریزی کمتر احساسات خود دارند و برای اجتناب از این احساسات، سعی در درگیر کردن خود با فعالیت‌های مختلف و ایجاد حواس پرتی می کنند. همین واکنش مردان، ممکن است باعث سو تعبیر زنان در مورد اهمیت این اتفاق برای مردان شود. از طرفی زن‌ها احساسات خود را بیشتر ابراز می کنند و با دیگران درباره آن حرف می زنند.

مداخله درمانی برای بازماندگان

تحقیقات انجام شده، راه‌های مختلفی را برای کمک به بازماندگان در سطوح فردی، خانوادگی و گروهی پیشنهاد می کند. این مداخلات می تواند از طریق متخصصان، کارشناسان سلامت روان، یا حتی افراد نزدیک به بازماندگان انجام شود. نکته‌ی مشترک در همه آن‌ها این است که در قدم اول باید به بازماندگان کمک شود تا مراحل سوگ را آسان تر طی کنند، احساسات خود را بشناسند، آنها را بپذیرند و بیان کنند. همچنین باید دلایل رایج خودکشی (برای مثال افسردگی) برای آن‌ها توضیح داده و تفهیم شود که خودکشی یکی از نزدیکان آن‌ها هم احتمالاً به یکی از همین دلایل رخ داده است. فهمیدن نقش مولفه‌های روانشناختی در خودکشی از سوی بازماندگان، به آن‌ها کمک می کند تا تصمیم فرد متوفی را بیشتر درک کنند و خود را مورد سرزنش کمتری قرار دهند. وقتی که درمان فردی یا گروهی بازماندگان آغاز می شود باید به آنها فرصت داده شود تا خودشان را معرفی کنند و دلیل خود را که در صدد کمک برآمده‌اند توضیح دهند. بسیار مهم است که هنگام صحبت آنها، به دقت هیجان‌اتشان را زیر نظر داشته باشیم، به محتوای صحبت‌هایشان توجه کنیم و همچنین دقت نماییم که ارتباط فرد بازمانده با متوفی چگونه بوده است.

باید به فرد بازمانده، زمان و فضای کافی داده شود تا درباره خودکشی به تفصیل صحبت کند. اینکه پیکر چگونه پیدا شده، چه کسی آن را پیدا کرده، به ویژه اگر خودکشی خیلی خشونت‌آمیز بوده باشد احتمال این که فردی که شاهد صحنه بوده، دچار ضربه روانی شده باشد زیاد است. در این موارد تصویر بدن به شدت آسیب دیده متوفی ممکن است تا مدتها در خاطر بازمانده بماند و مدام باز تجربه (فلش بک یا به یاد آوردن صحنه خودکشی) داشته باشد.

علی رغم وجود ویژگی‌های مشترک بین افراد، سوگ پس از خودکشی برای هر فرد منحصر به فرد است. یکی ممکن است با کشیدن نفس‌های عمیق خودش را آرام کند، دیگری ممکن است شدیداً گریه کند، یکی ممکن است

هیچ واکنش فحشی از خود نشان ندهد ولی دیگری ممکن است انگشت اتهام را به سمت دیگران یا خود بگیرد و به آن‌ها پرخاش نشان دهد. هر فرد با توجه به عواملی نظیر میزان رابطه با فرد متوفی، ویژگی‌های شخصیتی، سن متوفی، روش خودکشی، میزان حمایت اجتماعی و... واکنش‌های متفاوتی را با شدت‌های مختلف بروز می‌دهد. همچنین ابراز سوگ نیز در هر فرد از عواملی همچون مذهب، خانواده، فرهنگ، شخصیت، تجارب گذشته و... تأثیر می‌پذیرد. یکی از عواملی که به استرس خانواده بعد از خودکشی اضافه می‌کند همین تفاوت‌های فردی در سوگواری است که ممکن است باعث تف‌سیرهای غلط از جانب اعضای خانواده شود. در فرایند درمانی باید بر این تفاوت‌های فردی تأکید شود و درباره منحصر به فرد بودن فرایند سوگواری توضیحاتی داده شود.

به خاطر داشته باشیم، بازماندگان خودکشی ممکن است مسیره‌های متفاوتی را در اثر سوگشان طی کنند. بعضی از آن‌ها برای مدتی مراحل طبیعی سوگ را طی می‌کنند و رفته رفته به زندگی طبیعی باز می‌گردند اما بعضی دیگر دچار سوگ که در بالا توضیح داده شد می‌شوند که به آسانی رفع نشده و فرد را در معرض خطر ابتلا به اختلالاتی همچون اختلالات خلقی و افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از حادثه، مصرف مواد و حتی اختلالات جسمانی و خودکشی قرار می‌دهد.

ما به عنوان کارشناسان سلامت روان چه کاری باید انجام دهیم؟

اصول کلی: خودکشی به هر شیوه‌ای که انجام شده باشد، بازماندگان دچار حالت شوک می‌شوند. در روزهای بعد از خودکشی، بازماندگان با افراد غریبه زیادی از جمله پلیس و همسایگان و خویشاوندان رو به رو می‌شوند. اگرچه ممکن است این افراد حمایت‌هایی برای بازماندگان انجام دهند اما وظیفه اصلی آن‌ها حمایت نیست. بازماندگان باید حتماً در بهترین زمان مناسب با توجه به شرایط، اولین کمک‌های روان‌شناختی را دریافت کنند. این کمک‌ها می‌تواند شامل کارهایی باشد که به موجب آن‌ها فرد بازمانده احساسات منفی و آسیب‌زای خودش را کاهش کند و بشناسد. دقت داشته باشید، در مجموع، فرد به هرنحوی که سوگ خود را نشان دهد، نمی‌توانیم برای پایان مراحل سوگش زمان قطعی در نظر بگیریم. بنابراین، با توجه به شرایط روحی حاد این افراد، باید حمایت‌های اجتماعی و مشاوره و روان‌درمانی تخصصی را در دستور کار قرار دهیم. افرادی که بعد از چنین داغی از طرف دوستان و اعضای خانواده و سایر افراد حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند به احتمال کمتری احساسات طرد، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند.

تفاوت‌های فردی در این امر بسیار شایان توجه‌اند. بعضی افراد از نیروی درونی و شبکه اجتماعی خوبی برای غلبه بر مشکل خود برخوردارند اما بعضی دیگر کل روند زندگی‌شان با مشکل مواجه می‌شود، ارتباط‌شان با اطرافیان از بین می‌رود، در کار و تحصیل خود با مشکل مواجه می‌شوند و نمی‌توانند از پس انتظارات و مسئولیت‌هایی که بر دوش آنهاست برآیند اما این کاملاً طبیعی است و دلیلی برای سرزنش این افراد به خاطر برهم خوردن نظم زندگی‌شان وجود ندارد.

در نظر گرفتن یک دوره کوتاه مشاوره حمایتی^۱ (یک یا دو ملاقات) که به موجب آن بازماندگان بتوانند درباره

^۱-supporting counseling

حادثه خودکشی صحبت کرده و سوگ خود را ابراز کنند، می تواند کارگشا باشد. به عبارت دیگر، **بهترین روش برای کمک به این افراد، فراهم کردن شرایطی است که در آن به حرفها و درددل‌هایشان گوش داده شود** چرا که انگار افراد داغ‌دیده احساس می کنند باید درباره فرد متوفی مکرراً صحبت کنند. هرچه بیشتر در باره فرد متوفی و حادثه رخ داده، برای او صحبت می کنند، حقیقت فقدان، ملموس تر می شود و آن‌ها یک قدم بیشتر از انکار فاصله می گیرند. به عبارت دیگر بازگویی مکرر داستان، تجربه را از زمان حال به گذشته می برد و به فرد امکان می دهد تا گذشته را پشت سر گذارده و رو به جلو حرکت کند.

همچنین باید برای نحوه ادامه زندگی افراد بازمانده نیز در جلسات مشاوره‌ای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری شود. مثلاً اگر زن یا مرد سالمندی، مراقبت‌کننده اصلی خود را بر اثر خودکشی از دست داده باشد بعد از او چه کسی مسئولیت کمک به وی را بر عهده خواهد داشت؟ مثلاً اگر کودکی، مادر خود را بر اثر خودکشی از دست بدهد، چه برنامه‌ای برای مراقبت از او وجود خواهد داشت؟. به یاد داشته باشیم کودکان نیازمند به مراقبت و توجه بیشتری هستند. بعضی از بازماندگان نیاز خود را به حمایت اجتماعی در چهارچوب خانواده و دوستان برآورده می کنند اما بعضی دیگر برای ارضای این نیاز به متخصصان مراجعه می کنند (بدیهی که موارد فوق از مهم‌ترین موضوعاتی هستند که کارشناس سلامت روان باید درباره آنها با بازمانده صحبت کند و نظرات او را بشنود، با این حال ممکن است نتواند کمک مشخصی ارائه دهد).

همچنین گروه درمانی نیز می تواند برای بازماندگان مداخله مؤثری باشد. گروه درمانی درمانی است که به موجب آن افرادی که دارای مشکلات مشابهی هستند (تجربه سوگ ناشی از خودکشی)، به صلاحدید روانشناس انتخاب می شوند و در جلسات هفتگی منظم دور هم گرد می آیند و درباره مشکل خود صحبت کرده و کمک تخصصی دریافت می کنند. در عین حال توسط افرادی که مشکل مشابه با آن‌ها دارند حمایت اجتماعی خوبی دریافت می کنند.

مدیریت بازمانده خودکشی

در این قسمت فهرستی از مهم‌ترین نکاتی که باید در درمان انفرادی یا گروهی بازماندگان مد نظر قرار گیرد ارائه می شود:

- ۱) حمایت و اطمینان بخشی کنید. برای مثال به بازمانده نشان دهید که حال او را درک می کنید و جملاتی نظیر "فکر می کنم می توانم درکت کنم"، "واقعاً خیلی سخته"، یا من "آماده ام تا به حرف‌هایت گوش کنم"، "تلاش می کنیم با هم این روزها را طی کنیم" استفاده کنید تا بازمانده متوجه شود کسی را در کنار خود دارد که بخاطر احساساتی که تجربه می کند قضاوتش نمی کند
- ۲) این عقیده را که خودکشی تقصیر آن‌ها نیست تقویت کنید.
- ۳) به آن‌ها درباره فرایند سوگواری آموزش دهید.
- ۴) در حوزه مسایلی که فرد بازمانده با آن‌ها دست و پنجه نرم می کند با او همفکری کنید و مهارت حل مساله را به او آموزش دهید. برای مثال از او بپرسید که نگرانی‌های او الان درباره چیست. آیا به تنها ماندن فکر می کند یا خود را مقصر می داند یا نگران است که در فقدان همسرش با مشکلات مالی روبرو شود.

- ۵) آن‌ها را تشویق کنید درباره احساساتشان صحبت کنند اما اگر برای این کار آمادگی نداشتند، آن‌ها را تحت فشار قرار ندهید.
- ۶) آن‌ها را تشویق کنید تا تجارب مثبت را به یاد آورند.
- ۷) آن‌ها را تشویق کنید تا با شبکه حمایتی و دوستانشان ارتباط برقرار کنند.
- ۸) آن‌ها را تشویق به از سرگیری فعالیت‌های روزمره کنید.
- ۹) خودمراقبتی را در آن‌ها تقویت کنید. به این ترتیب که درباره نشانه‌ها و علائم مشکلات روانی شایع صحبت کنید و مسیری را که قرار است در این دوره سوگواری طی کند برایش ترسیم کنید. تأکید کنید که توجه به سلامت روان و سلامت جسمی در این دوران بسیار کم می‌شود و ممکن است او را با مشکلات جدیدی روبرو کند. درباره سوگ بیمارگون و نشانه‌های آن توضیح دهید و بگویید چگونه باید با آن مواجه شود
- ۱۰) آن‌ها را به تعیین اهداف واقع بینانه در زندگی رهنمون کنید. در طی جلسات درمان یکی از مهم‌ترین اقدامات تعیین اهداف جدید در غیاب فرد متوفی و حرکت به سمت آن‌هاست
- ۱۱) اگر اضطراب و بیقراری آنها زیاد و در خوابیدن دچار مشکل شده‌اند، از آنها بخواهید برای کاهش اضطراب به روانپزشک مراجعه کنند. اما مراقب باشید که دارو را جایگزین فرایند مشاوره و روان‌درمانی و کلامی سازی^۱ تجارب مراجعین نکنید (به معنای بیان کلامی و صحبت کردن درباره اتفاق و احساسات مرتبط با آن)
- ۱۲) مطمئن شوید فرد بازمانده احساس راحتی می‌کند و در امنیت است.
- ۱۳) به احساسات آن‌ها اهمیت دهید و آن‌ها را به رسمیت بشناسید.
- ۱۴) به آن‌ها نگوئیم که عصبانی نباشند یا گریه نکنند.
- ۱۵) به آن‌ها نگوئیم که باید چه احساسی داشته باشند.
- ۱۶) به آن‌ها فرصت و فضای کافی بدهیم تا درباره تجربه فقدانشان صحبت کنند و تجربه‌شان را درک کنید.
- ۱۷) درباره فرهنگ، مذهب، خانواده و انتظار آن‌ها از فرایند سوگواری اطلاعات به دست آورید.
- ۱۸) درباره محیط زندگی آن‌ها در زمان سوگواری اطلاعات کسب کنید.
- ۱۹) درباره معنای فقدان در دنیای مراجع اطلاعات کسب کنید.
- ۲۰) درباره شبکه‌های اجتماعی در دسترس بازماندگان اطلاعات کسب کنید.
- ۲۱) مراقب نشانه‌هایی که بخشی از یک سوگ نرمال به حساب نمی‌آیند، باشید.
- ۲۲) احتمال **خودکشی** را ارزیابی کنید. در صورت وجود افکار خودکشی به پزشک مرکز ارجاع دهید.
- ۲۳) به دنبال نشانه‌های بالینی **افسردگی و اضطراب** باشید. در صورت شناسایی این نشانه‌ها ضمن انجام مداخلات روانشناختی به پزشک ارجاع دهید. به دنبال نشانه‌های مصرف مواد و مشروبات الکلی باشید. در صورت شناسایی این نشانه‌ها غربالگری تکمیلی را انجام دهید.

تعطیلات، روزهای تولد و سالگرد خودکشی اغلب دشوار است. به طور کلی، سال اول، با تمام "اولین بودن" آن

¹ Verbalization

سخت خواهد بود، اما این رویدادها ممکن است همیشه برای بازمانده‌ها سخت باشد بنابراین به آنها بگویید که در این ایام ممکن است با مشکلات روانشناختی خاصی روبرو شوند که در صورت تمایل می‌توانند نزد شما یا کارشناس سلامت روان دیگری مراجعه کنند.

همانطور که زندگی به طور طبیعی به جلو حرکت می‌کند، هر نقطه عطف جدیدی مانند عروسی، تولد، یا یک موفقیت شغلی ممکن است در بازمانده با احساسات جدیدی از گناه و غم همراه باشد. هر چند این حوادث به فرد یادآوری می‌کنند که زندگی در حال پیشرفت است - حتی بدون حضور فرد از دست رفته، ولی ممکن است این حالت در مواردی رنگ و بوی خیانت داشته باشد، به این معنی که حس کنند انگار دارند متوفی را از زندگی خود دور می‌کنند. توجه کنید که به این افراد یادآوری کنید که باید به یاد داشته باشند که انتخاب کرده‌اند، زندگی کنند و این خیانت نیست. به درستی می‌توان گفت که اگر شکافی بین آنها و فرد از دست رفته افتاده است، آنها مقصر نبوده‌اند - بلکه این فرد متوفی است که این انتخاب را انجام داده است. البته بیان این نکته باید با دقت زیاد، غیر مستقیم و به دور از مقصر دانستن متوفی باشد. شما به عنوان کارشناسان سلامت روان دقت کنید که خطر وقوع خودکشی در افرادی که در خانواده آنها خودکشی اتفاق افتاده است بسیار بالاتر از سایر افراد است چرا که مرگ عزیز آنها باعث شده است که خودکشی در زندگی‌شان بسیار واقعی‌تر به نظر برسد و در نتیجه بسیار معمول است که فکر خودکشی داشته باشند در این گونه موارد تأکید می‌شود که او را جهت ارزیابی بیشتر به پزشک مرکز ارجاع دهید (۴۳).

اصول مداخله روانشناختی

بدیهی است اگر سوگ روند طبیعی خود را طی کند و پاسخی انطباقی به فقدان باشد، درمان خاصی ضرورت ندارد، اما اگر سوگ پیچیده و بیمارگون باشد و همراه با احساسات خشم، سرزنش، گناه، شرم و همچنین وجود افکار خودکشی و انگ اجتماعی باشد، مداخله ضرورت دارد. در مجموع مطالعات کمی درباره درمان‌های صورت گرفته روی بازماندگان انجام شده اما با این حال اکثر متخصصان بر سر نکاتی که در زیر به آنها اشاره می‌شود اتفاق نظر دارند:

- (۱) توجه اولیه باید بر حادثه استرس‌زا متمرکز شود.
- (۲) افرادی که مشکلات شدیدی بعد از داغدیدگی نشان می‌دهند باید هر دو درمان روانشناختی و دارویی برایشان در نظر گرفته شود.

اگرچه تعداد کمی از افراد سوگوار در صدد این نوع کمک‌های حرفه‌ای بر می‌آیند ولی این نوع کمک‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است و با مجموعه‌ای در هم پیچیده‌ای از احساسات و افکار مرتبط با سوگ ناشی از خودکشی سر و کار دارد. کارشناسان سلامت روان باید این نکته را در نظر داشته باشند که فرد داغ‌دیده برایش بسیار سخت است که درباره این اتفاق صحبت کند و دنبال کمک بگردد. پس همین که به شما مراجعه کرده (یا شما از آنها دعوت کرده اید که به ملاقات شما بیایند)، اهمیت بالایی دارد و گام بزرگی برداشته‌اید. در ابتدا باید اجازه دهید تا بازمانده درباره احساساتش آزادانه صحبت کند (لطفاً به هنگام بیان آزادانه احساسات، از نظر دادن یا تسلی بخشیدن و یا اظهاراتی از قبیل "بتدریج به همه چیز عادت می‌کنید" خودداری کنید) و در نظر داشته باشد که مهم‌ترین نکته در کار با این افراد گوش دادن به رنج‌های آنان است.

باید در نظر داشته باشید که بازمانده با احساس گناه و سرزنش خود مواجه است و نمی‌تواند این احساسات را به راحتی با خانواده و اطرافیان در میان بگذارد چرا که ممکن است مورد سرزنش بیشتر و مورد قضاوت قرار بگیرد. در نتیجه شما باید فضایی را فراهم کنید کهاو بتواند در یک جو غیر قضاوتی، درباره معنی احساس گناه خود بیندیشد و شدت واکنش خود و میزان مبتنی بودن آن بر واقعیت را بسنجد. از طرفی از آنجایی که بعد از خودکشی ارتباط میان اعضای خانواده مختل می‌شود، کارشناس سلامت روانی تواند در بهبود این ارتباط نقش مؤثری داشته باشد. به این شکل که احساس گناه و انگشت اتهام را از روی اعضای خانواده بردارد و به آنها کمک کند تا بفهمند تصمیم خودکشی، انتخاب خود متوفی بوده نه هیچیک از اعضای خانواده.

نکات عملی در اتاق درمان

تجزیه و تحلیل فرآیند سوگ نشان می‌دهد که کارشناسان سلامت روان در فرایند کار با بازماندگان خودکشی دارای وظایف خاصی به شرح زیر هستند:

- ۱) ایجاد، نگهداری و نظارت بر اتحاد و رابطه درمانی با بازمانده و نزدیکان او
- ۲) انجام ارزیابی‌های مناسب آغاز درمان و همچنین طول درمان به منظور پایش پیشرفت یا پسرفت مراجع در طول فرایند درمانی، ارزیابی نقاط قوت و انعطاف پذیری روانی مراجع (برای مثال برخورداری از دوستان یا خانواده حمایت‌کننده، هوش بالا، سابقه مقابله با موقعیت‌های دشوار در گذشته)، جهت اتکا بر آنها در طی درمان، ارزیابی عوامل خطر و محافظ در محیط زندگی مراجع برای پایه‌ریزی درمان بر اساس آنها و ارزیابی اختلالات روانی همراه.
- ۳) توجه به اعتقادات مذهبی و رسومات فرهنگی مراجع در رابطه با سوگ و سوگواری توجه کنید تا از بهنجار یا ناهنجار بودن سوگواری او، تصویر روشن‌تری به دست آورید.
- ۴) اطمینان از ایمنی مراجع - بررسی افکار خودکشی و میل به آسیب به خود و نیازهای خود مراقبتی و حضور هر گونه عواملی که در امر درمان دخالت می‌کنند را بررسی کنید و این کار را به صورت مداوم انجام دهید
- ۵) انگیزه مراجع را برای شرکت مداوم در جلسات درمانی افزایش دهید. این کار را با مشارکت دادن افراد نزدیک او در مداخله نیز می‌توانید انجام دهید. همچنین می‌توانید مراجع را در تنظیم هدف مشترکی که امید را پرورش می‌دهد، درگیر کنید. به او کمک کنید برنامه‌هایی برای زندگیش ترتیب دهد که مشخص، قابل سنجش و قابل دستیابی باشد.
- ۶) از آموزش روانی استفاده کنید. به احساسات خشم و غم مراجع اعتبار ببخشید و آنها را بهبود دهید. چرخه تفکر، احساس، رفتار و نحوه تأثیر آنها را برای مراجع توضیح دهید. به مراجع آموزش دهید، چگونه ممکن است به طور ناخواسته و غیر ارادی در این شرایط بد روحی خود نقش داشته باشد و در این زمان به او نحوه تنظیم هیجان و حل مساله را آموزش دهید. به او کمک کنید تا درک کند، نحوه‌ای که او داستان خود را بیان می‌کند می‌تواند بر احساسات و تفکر او تأثیر گذار باشد.
- ۷) از تکنیک‌های فعال سازی رفتاری استفاده کنید. مراجع را در تنظیم هدف مشترکی که امید را پرورش می‌دهد،

- درگیر کنید برای مثال تماس با دوستان و یا ملاقات آنها، حضور در کلاس درس، کمک به خواهر یا برادر کوچکتر در امور تحصیلی، کمک به اعضای خانواده در امور منزل، ادامه تحصیل، شروع به کار کردن، مطالعه تدریجی کتاب داستان، تماشا فیلم با موضوع موفقیت و مقابله با سختی‌ها. بدیهی است این اهداف باید در ابتدا باید کوچک و دست‌یافتنی باشند و بعد به تدریج اهداف بزرگتر و بلند مدت). به او کمک کنید برنامه‌هایی برای رسیدن به آن اهداف به گونه‌ای مشخص، قابل سنجش، قابل دستیابی، مرتبط و موقتی ایجاد کنید
- ۸) او را تشویق کنید تا با دیگران در ارتباط باشد و از تنها و منزوی ماندن خوداری کند.
- ۹) آموزش تنظیم هیجان و مهارت‌های رفتاری را به منظور ارتقاء خودکارآمدی (توانایی از عهده بر آمدن و مؤثر بودن) و به عنوان راهی برای افزایش حمایت اجتماعی (ساختن شبکه اجتماعی) انجام دهید.
- ۱۰) از روش‌های تجدید ساختار شناختی استفاده کنید تا به مراجعان کمک کند به شناسایی و اصلاح هرگونه سوءتفاهم، افکار ناکارآمد و رفتارهای همراه پردازد (برای مثال اگر بازمانده می‌گوید که دیگر امیدی ندارد و زندگی برایش معنا ندارد ضمن ابراز همدلی با او به نقش تفکرات منفی و تحریف شده اشاره کنید که تا چه حد بر عواطف منفی تأثیر می‌گذارند، سپس درباره افکار جایگزین و مثبت تأکید کنید که چگونه قادرند خلق او را تغییر دهند برای مثال افکاری مثل "الان دو ماه از فوت او گذشته و من سرکار می‌روم"، یا "در کلاس‌ها شرکت می‌کنم" یا "نسبت به دو ماه پیش حالم بهتر است"، یا "تصمیمی بوده که او گرفته و من تا آنجا که می‌دونستم و امکانش بود تلاشمو کردم"، یا "با دوستانم که بودم، اوقات خوشی داشتم"
- ۱۱) به مراجعان کمک کنید تا به تمرینات بازتعریف و مرور شامل موارد زیر پردازد:
- بازتعریف مکرر ذهنی واقعه که باعث پذیرش و پردازش عاطفی واقعیت از دست دادن می‌شود. بازمانده با چشم بسته، به نواری از روایت خود گوش دهند.
 - از روش صندلی خالی گشتالت (قرار دادن یک صندلی خالی روبروی خود، تجسم متوفی و بیان افکار و احساسات خود به او)، روش‌های ابراز هنری و بریدن روزنامه استفاده کنید (برون‌ریزی عواطف دردناک با استفاده از عکس‌ها یا نوشته‌هایی که بیان درد و ناراحتی بازمانده است)، از خاطرات مثبت و منفی فرد فوت شده بنویسد.
 - برای کمک به مراجعان از تمرینات مواجهه تدریجی با افراد، مکان‌ها و حوادثی که از آنها اجتناب کرده است، استفاده کنید. از مواجهه‌های رفتاری و ذهنی استفاده کنید.
- ۱۲) مشارکت در فعالیت‌های معنایی، از جمله استفاده مراجع از ایمان و معنویت خود، مثل شرکت در مراسم مذهبی، به عنوان بخشی از فرآیند سوگ.
- ۱۳) برای مسائل مربوط به رویدادهای "سالگرد"، یادآوری‌های برانگیزاننده از دست دادن فرد، مشکلات قانونی و پزشکی و غیره از پیش برنامه‌ریزی کنید و راهبردهای پیشگیری از عود را در نظر داشته باشید (۴۴)
- در خصوص دارو درمانی، همه طبقات داروهای ضد افسردگی می‌توانند مؤثر واقع شوند ولی باید دارو به تناسب

شرایط هر فرد و با توجه به در نظر گرفتن عوارض جانبی آن تجویز شود. داروهای ضد افسردگی مانند مهارکننده‌های بازجذب سروتونین پاستخگویی به درمان سوگ بیمارگون را بهبود می‌بخشد. در نظر گرفتن سوگ بیمارگون به عنوان یک وضعیت استرس- پاسخ اگرچه موجب می‌شود بین علائم سوگ بیمارگون با اختلال افسردگی عمده و اختلال استرس پس از سانحه همپوشانی قابل شویم. استفاده بهتر است در صورت مشاهده نشانه‌های افسردگی عمده، درمان‌های دارویی به عنوان مکمل روان‌درمانی‌های انفرادی و گروهی به کار روند (۴۷).

علاوه بر درمان رایج شناختی- رفتاری و همچنین دارودرمانی، درمان دیگری که برای سوگ پی‌شنهاد می‌شود، "درمان کوتاه مدت سوگ بیمارگون" است که شامل ترکیبی از روان‌درمانی بین فردی، مواجهه، درمان گشتالتی و مصاحبه انگیزشی است. اصل زیر بنایی این رویکرد آن است که در سوگواری حاد و شدید اگر پیچیدگی‌های سوگ در نظر گرفته شود و فرایند سوگواری طبیعی حمایت شود، به طور خودبخود به یک سوگ یکپارچه تبدیل می‌شود. هر جلسه شامل فعالیت‌هایی متمرکز بر سوگ است؛ تمرکز بر سوگ فقدان، با هدف کمک به بازمانده در جهت پذیرش سوگ، صحبت درباره حادثه رخ داده و مسایل پیرامون آن، ایجاد آسودگی خاطر و راحتی در به یاد آوردن فرد متوفی و ایجاد یک احساس اتصال عمیق به فرد متوفی. از تمرین‌های تصویر سازی و تکنیک‌های مواجهه‌ای همراه با باز سازی شناختی در این روش استفاده می‌شود. همچنین در این نوع درمان، جهت‌گیری و هدف‌گزینی درمانجو بهبود می‌یابد و دوباره به سمت پیگیری اهداف شخصی در زندگی پیش می‌رود. این درمان همچنین احساس‌های مرتبط با سوگ ناشی از خودکشی از جمله احساس گناه، خشم، طرد و همچنین انگ اجتماعی را مورد توجه قرار می‌دهد. همچنین فرد وارد روابط معنی‌دار با دیگران می‌شود و لذت و رضایت را تجربه می‌کند. مطالعات اثر بخشی این درمان را حتی در سوگ‌های شدید و طولانی به اثبات رسانده‌اند.

درمان سوگ بیمارگونه در بازماندگان خودکشی

در درمان سوگ بیمارگون، برای انطباق با مرگ فرد متوفی دو مولفه اهمیت زیادی دارند: یکی تمرکز بر پذیرش واقعیت فقدان و دیگری مقابله با فشارهای روانی مرتبط با سوگواری. درمان سوگ بیمارگون^۱ یک رویکرد کوتاه مدت است که هر دو مولفه را تسهیل می‌کند، و موانعی را که بر سر راه بهبودی است از میان برمی‌دارد. بدیهی است، فراهم کردن فضایی برای مراجعان تا بتوانند افکار و احساساتشان را در میان بگذارند، سنگ بنای هر نوع روان‌درمانی مؤثر است. آنها باید ما را قابل اطمینان و اصیل بدانند ما نیز باید تخصص لازم و توانایی کافی برای فهم مشکلات و محیط زندگی آنها را داشته باشیم. باید دردهای عمیق مراجع را بدون دست کم گرفتن آنها تایید کنیم. باید به سمت پایه‌گذاری یک رابطه دربرگیرنده (حمایتی)^۲ حرکت کنیم که به موجب آن شخص داغ‌دیده احساس "مورد قضاوت قرار گرفتن" نداشته باشد.

^۱Complicated grief therapy

^۲ container

جلسه اول: برقراری ارتباط و معرفی

پیشنهاد شده است که در جلسه اول کارشناسان سلامت روان به جای آن که در صحبت کردن با بازمانده، فرد "از دست رفته" را با الفاظی نظیر هم سر، خواهرت، برادرت و... صدا کند، نام او را بپرسد و با الفاظ صمیمانه تر و گرم‌تری به او اشاره کند. همچنین توصیه می‌شود کارشناسان سلامت روان نام متوفی را در پرونده مراجع ثبت کنند تا در ملاقات‌های بعدی آن را بهتر به یاد بیاورند. بر اساس تجربیات بالینی بی‌شمار با افرادی که متحمل چنین سوگ‌هایی شده‌اند، پیشنهاد شده است که:

(۱) مراجع را تشویق کنید تا درباره ارتباط خود با متوفی صحبت کند تا بدین وسیله بتوانید اطلاعات بیشتری درباره کیفیت این ارتباط به دست آورید.

(۲) فضای امن، قابل اطمینان و غیرقضاوتی‌ای در اختیار مراجع قرار دهید تا بتواند همان‌گونه که درباره نکات مثبت این رابطه صحبت می‌کند، مشکلاتی را که نیز در رابطه‌اش با متوفی تجربه کرده فاش کند

(۳) مراجعان را تشویق کنید که نحوه و داستان مرگ متوفی را برای شما تعریف کنند.

(۴) به این دقت کنید که زندگی بازمانده پس از خودکشی متوفی، چگونه شده است، به نشانه‌های سوگ و اثربخش بودن حمایت‌های اجتماعی موجود توجه کنید. چه کسی برای کمک به او در دسترس است؟ آیا مراجع با کسی رابطه امنی دارد که بتواند احساسات و افکار دردناکش را با او در میان بگذارد؟ آیا خانواده، دوستان یا منابع حمایتی دیگر دور و بر مراجع وجود دارد تا از او حمایت کنند؟

اگر زمان کافی برای بررسی این موارد ندارید، دست‌کم، اطمینان حاصل کنید که همدردی خالصانه‌ای را ابراز می‌کنید، نام متوفی را در خاطر داشته باشید و از مراجع بپرسید که چگونه روزگار می‌گذراند. بدیهی است در چنین مواردی، باید با هماهنگی با ریس مرکز، وقت بیشتری را به بازماندگان اختصاص دهید و ملاقات‌های بعدی (پیگیری) را هرچه زودتر ترتیب دهید تا با آنها درباره فقدان بیشتر صحبت کنید. فرد داغ‌دیده هرگز متوفی را فراموش نمی‌کند و او را همواره دوست خواهد داشت. به همین دلیل سوگ شدید می‌تواند در زمان‌های خاطره‌انگیزی مانند سالگرد تولد، تعطیلات، سالگردهای دیگر، دیگر فقدان‌ها، یا هنگام هر نوع اتفاق مهم یا استرس‌زا در زندگی، دوباره تجربه شود اما باید بدانیم این تجربه مجدد خلل عمده‌ای در فرایند بهبود بعد از سوگ و شروع زندگی تازه و سربر آوردن حس رضایت خاطر وارد نمی‌کند. دو عنصر مهم در جلسه اول عبارتند از:

فراهم کردن اطلاعات برای کمک به مراجع در درک و پذیرش سوگ

درمان سوگ‌بیمارگون یک رویکرد مشارکتی است که در آن اطلاعات به صورت تعاملی با مراجع به اشتراک گذاشته می‌شود. مراجعان تشویق می‌شوند، همزمان با توضیحات ما درباره سوگ و تطابق^۱ (سازگاری)، اظهارنظر کرده و سؤال کنند. بنابراین می‌توان این ساختار را به تدریج در ذهن آشفته آن‌ها جای داد. در این مقدمه، توضیحاتی ارائه می‌شود که سوگ آنها را طبیعی جلوه می‌دهد، با این عقیده که آنها تنها هستند، مقابله می‌کند و به فرد داغ‌دیده این امید را می‌دهد

¹ adaptation

که درمان مؤثر وجود دارد. اطلاعات کلیدی که باید بر آن تأکید شود شامل این است که چرا افراد سوگواری می‌کنند، نمونه‌هایی از علائم و تغییرپذیری "سوگ طبیعی و سازگارانه" ارائه شود، بیان شود که سازگار شدن با فقدان عموماً چه چیزی را در بردارد، عواملی که ممکن است سوگ "را بیمارگون" کند و مانع بهبودی آن شود کدامند، سوگ بیمارگون چیست و برنامه درمانی چرا و چگونه اجرا می‌شود. اغلب، برای مراجعین تشخیص سوگ بیمارگون، به ویژه هنگامی که با یک برنامه درمانی ترکیب می‌شود، تسکین دهنده و امیدبخش است. گوش دادن فعال و رویکرد مشارکتی در طول درمان استفاده می‌شود. تبیین علائم مراجع به گونه‌ای که دیدگاه آنها را نیز در بردارد می‌تواند به مراجعان در انتخاب راه‌های حل مسئله برای غلبه بر موانع سازگاری کمک کند (۱).

مدیریت رنج عاطفی و پایش علائم

به مراجعان توصیه می‌شود سوگ خود را به عنوان پاسخی طبیعی برای فقدانی که با آن روبرو شده‌اند، بپذیرند. پذیرش سوگ همچنین به معنای پذیرش و مدیریت هیجانات همراه با آن است. به عنوان راهی برای کمک، به مراجعان آموزش داده می‌شود برای فهم بیشتر و پذیرش سوگشان آن را زیر نظر بگیرند. با این روش آنها می‌توانند نوسانات طبیعی را که در مواجهه با احساسات دردناکشان و تلاش در کنار گذاشتن آنها دچار می‌شوند، درک کنند. در درمان سوگ بیمارگون، از بازمانده می‌خواهیم در پایان هر روز ۵ دقیقه وقت بگذارند تا در مورد آن روز خود فکر کنند، زمانی را شناسایی کند که سوگ آنها در بالاترین حد خود قرار داشته، شدت آن را در مقیاس ۱-۱۰ ارزیابی کنند و در مورد آنچه در آن زمان اتفاق افتاد یادداشت برداری کنند. این کار برای کمترین میزان سوگ در روز نیز تکرار می‌شود و از مراجعان خواسته می‌شود که برای کل روز یک ارزیابی انجام دهند. در جلسه بعد، مراجع و کارشناس سلامت روان فقط مختصراً یک روز را که سوگ در بالاترین میزان خود در هفته قرار داشت و یک روز در هفته را که سوگ در پایین‌ترین زمان بود مورد بحث قرار می‌دهند. این فرایند پایش، اغلب کاملاً مفید است و به حداقل زمان و مباحثه نیاز دارد (۱).

همان‌طور که گفته شد، در جلسه اول تمرکز اصلی روی جمع‌آوری اطلاعات، ارزیابی شدت و ابعاد مشکل و ایجاد احساس همدلی و حمایت است. پس از شروع جلسه درمانی و برقراری ارتباط اولیه، گام بعد جمع‌آوری اطلاعات در مورد ابعاد مختلف مشکلات است. در ارزیابی اولیه، از فهرستی که شامل حوزه‌های زیر است استفاده کنید:

- ماهیت و شدت تجربه‌ی اندوه و سوگ: در این قسمت باید فرد بازمانده را که از صحبت کردن در مورد واقعه دیدن صحنه خودکشی خودداری می‌کند به تدریج تشویق کنید تا در مورد تجربه خود صحبت کند. اما هرگز از او نخواهید جزئیات بسیار ریز رویداد را برای شما بازگو کند، زیرا این کار به احتمال بسیار زیاد باعث تشدید هیجانات دردناک وی در جلسه خواهد شد و روال جلسه را برهم می‌زند
- بررسی احساس گناه و شرمساری شدید در خصوص فرد از دست رفته: این احساسات بسیار دردناک هستند و صحبت راجع به آنها نیز برای افراد دشوار است. در این قسمت سعی کنید با این احساسات همدلی کنید. "من شدت ناراحتی و اندوه شما را درک می‌کنم. واقعاً سخته می‌دونم". "مطمئن هستم که سخت‌ترین روزهای

زندگی شماست"

– بررسی افکار آسیب زدن به خود یا دیگران: برای بررسی این حوزه بهتر است اینگونه سؤال پرسید: چنین وقایعی به قدری دردناک و خارج از تحمل است که بعضی از افراد به فکر آسیب زدن به خود یا دیگران می‌افتند. "یا شما تابحال چنین افکاری داشته‌اید؟"، "آیا تا کنون به عمد به خودتان آسیب زده‌اید؟"

– سابقه تجربه رویدادهای آسیب رسان قبلی: افرادی که قبلاً تجربه وقایع مشابه را داشته‌اند به احتمال زیادتری واکنش‌های شدید و طولانی به رویداد نشان می‌دهند. "آیا شما در گذشته چنین تجربه‌ای داشته‌اید؟ لطفاً بیشتر توضیح دهید".

– بررسی نظام‌های حمایتی فرد: برخورداری از خانواده، دوستان و یا شبکه حمایت اجتماعی که در این شرایط بتوانند به فرد کمک کنند بسیار حائز اهمیت است. "آیا احساس تنهایی می‌کنید؟"، "کسی را دارید که حال شما را درک کند و درباره احساسات و افکار شما با او صحبت کنید؟"

سوالات غربالگری در تشخیص سوگ بیمارگون اهمیت بالایی دارند. پرسشنامه مختصر سوگ^۱، یک پرسشنامه خودگزارشی مختصر است (۱). با امتیاز پنج یا بیشتر، نتیجه غربالگری مثبت است. پرسشنامه سوگ بیمارگون^۲ یک پرسشنامه ۱۹ ماده‌ای است که احساسات، افکار و رفتارهای مرتبط با فقدان یک فرد مهم را می‌سنجد. هر سؤال از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره می‌گیرد. نمره برش ۲۵ به بالا نشانگر وجود سوگ بیمارگون است. پیشنهاد می‌کنیم به دنبال مثبت بودن جواب غربالگری‌های اولیه در هر یک از این دو پرسشنامه، جهت ارزیابی بالینی بیشتر، مراجع را حتماً به پزشک نیز ارجاع داده دهید (۱).

تشخیص سوگ بیمارگون دربرگیرنده شکل متفاوتی از تشخیص اختلال افسردگی عمده و اختلال استرس پس از سانحه است. برخلاف اختلال افسردگی عمده و اختلال استرس پس از سانحه، تمام علائم سوگ بیمارگون حتی آنهایی که با افسردگی عمده و استرس پس از سانحه همپوشانی دارند، حول از دست رفتن فرد عزیز می‌گردند. بیادآوردن خاطرات تلخ و شیرین در سوگ بیمارگون و اشتغال ذهنی بیش از حد با متوفی و دشواری در پذیرش واقعیت دردناک مرگ به طور معمول در اختلال افسردگی عمده و اختلال استرس پس از سانحه دیده نمی‌شود (۱).

¹ The Brief Grief Questionnaire (BGQ)

² inventory of complicated grief (ICG)

پرسشنامه مختصر سوگ

نمره گذاری: ۰ = اصلاً / ۱ = گاهی اوقات / ۲ = بسیار

امتیاز ۵ یا بیشتر بیانگر وجود نشانگان سوگ بیمارگون است اما لازم است تا ارزیابی‌های بیشتری به منظور رسیدن به یک تشخیص دقیق انجام شود.

- ۱) چه میزان در پذیرش مرگ (نام متوفی) با مشکل مواجه هستید؟
- ۲) سوگ و غمگینی شما چه قدر در زندگی‌تان تداخل ایجاد کرده است؟
- ۳) از زمان مرگ (نام متوفی) چه میزان تصاویر ذهنی یا افکار شما در مورد ایشان یا سایر افکار در مورد مرگ، آزارتان می‌دهد؟
- ۴) آیا کارهایی هستند که وقتی که قبلاً (نام متوفی) زنده بود، انجام می‌دادید و اکنون دیگر نمی‌خواهید آن‌ها را انجام دهید و از آن اجتناب می‌کنید؟ مثلاً رفتن به جایی که شما قبلاً با او می‌رفتید یا انجام کاری که قبلاً با او از آن لذت می‌بردید؟ یا اجتناب از نگاه کردن به عکس‌ها یا صحبت درباره او؟ چه میزان از این موارد اجتناب می‌کنید؟
- ۵) از زمانی که (نام متوفی) فوت شده است، چه میزان احساس فاصله و دوری از دیگران دارید، حتی با افرادی که از قبل با شما نزدیک بوده‌اند نظیر خانواده و دوستان؟

آموزش روانی

در جلسه اول می‌توانید از توضیحات زیر برای آشنا ساختن مراجع با مفهوم سوگ استفاده کنید
توضیحات در خصوص سوگ باعث افزایش آگاهی، روشن سازی ذهن افراد و توانمند سازی آنها در برخورد با مشکلات فعلی و آتی می‌شود. این آموزش‌ها باعث می‌شود که افراد احساس سردرگمی کمتری در درمان کنند و مشارکت آنها در درمان بیشتر شود. هرچقدر اطلاعات مراجع درباره مشکل خود بیشتر شود، کنترل او بر مشکل بیشتر خواهد شد. آموزش روانی در حیطه‌های زیر انجام می‌شود:
توصیف سوگ و داغیدگی و علائم آن:

سوگ، پاسخ غریزی روانشناختی به مرگ است که در آن انواع مختلف افکار، احساسات و رفتارهای مختلفی که با گذشت زمان متفاوت شده و تکامل می‌یابند، رخ می‌دهد. غم و اندوه معمولاً در تظاهرات، شدت و البته دوره آن غیر قابل پیش بینی است. در طول این دوره، غم و اندوه حاد، شدیداً دردناک و غالب، به نوعی در تجارب زندگی فرد یکپارچه و کم کم در پس زمینه ذهنی فرد رفته و خاموش می‌شود. سوگ بیمارگون زمانی اتفاق می‌افتد که این تحول رخ نمی‌دهد. عوارض سوگ ممکن است شامل از دست دادن تمرکز یا مشکلات جسمی باشد که ابعاد عاطفی، رفتاری، فلسفی یا اجتماعی دارد. سوگ یکی از عوامل ایجاد غم نیز می‌باشد. گریه از بخش‌های طبیعی سوگ است که نتیجه تحریک عواطف است و اگر بیش از اندازه باشد موجب مشکلات جسمی و روحی می‌شود.

مراحل سوگ

دکتر الیزابت کوبلر در ۱۹۶۹ برای دوران سوگ مراحل را عنوان کرد. این تقسیم بندی بر مبنای تجارب وی با بیماران سرطانی بوده که به نظر بسیاری از کارشناسان سلامت روان در خصوص افراد سوگوار نیز مصداق دارد. این مراحل عبارتند از:

۱) انکار و دوری گزینی: فرد در ابتدا ممکن است وقوع چنین فاجعه‌ای را انکار کند. این مرحله ممکن است بسیار کوتاه یا طولانی باشد. در این مرحله، فرد اغلب گوشه‌گیر شده و خود را از روابط اجتماعی کنار می‌کشد. (مثلاً وقتی به شخص خبر می‌رسد که یکی از اعضای خانواده فوت کرده، برایش بسیار مشکل است که این موضوع را باور کند)

۲) خشم: در این مرحله فرد مصیبت دیده نسبت به خود، فرد از دست رفته، یا همه‌ی جهان احساس خشم و عصبانیت می‌کند (چرا این اتفاق پیش آمد؟ چرا من باید عضو خانواده خود را از دست بدهم؟)

۳) چانه زنی و میل به دیدار یا جستجوی فرد از دست رفته: از دیدگاه جان بالبی این مرحله با اشتغال ذهنی درباره فرد از دست رفته و جستجو و یادآوری خاطرات وی همراه است (اگر پدر / برادر / زنم / دوستم زنده بود، از او بهتر نگهداری می‌کردم، دو ست بهتری می‌شدم، از او معذرت خواهی می‌کردم. خدایا کاش یک شانس دیگر به من می‌دادی!).

۴) افسردگی: در این مرحله اندوه و مصیبت ممکن است به صورت احساس افسردگی، بی‌تفاوتی، و بی‌حسی (کرتختی) در فرد ظاهر شود (زندگی بی‌حاصل است، کاش زنده نمی‌بودم و این روزها را نمی‌دیدم).

۵) پذیرش/قبول: زمانی است که از ماتم، خشم و اندوه فرد بتدریج کاسته می‌شود و او شروع به پذیرش واقعیت موجود می‌کند (همه‌ی ما می‌میریم، مرگ جزئی از زندگی ما است. عزیز ما از دست رفت، ولی امیدوارم در دنیای دیگر آرام باشد).

سوگواری و استرس

تجربه احساسات پیچیده نظیر خشم، غم، تنهایی، رنج، شر، و گناه نزد افراد سوگوار امری شایع است که می‌تواند فشار روانی فراوانی را موجب شود. نکته اینجاست که انکار این احساسات و اجتناب از دیدن آنها به مراتب استرس بیشتری را نسبت به رویارویی با آنها به جسم و ذهن تحمیل می‌کند. توصیه مثبت‌اندیشی و فراموش کردن یا نادیده گرفتن احساسات منفی به فرد مصیبت دیده ممکن است به تلاش وی برای پنهان کردن یا انکار این عواطف منجر شود و فرآیند طبیعی التیام را به تعویق بیاندازد (به عبارت دیگر، نیازی نیست که به فرد سوگوار بسیار تأکید کنیم که مثبت‌بیاندیشد و غم و ناراحتی خود را پنهان کند، چون این خود می‌تواند دوران سوگواری را طولانی‌تر کند). در جریان از دست دادن فردی که به او علاقمندیم، عواطف و احساسات بسیاری برانگیخته می‌شوند. آگاهی از اینکه ما نیز ممکن است در چنین شرایطی، دچار برخی از این عواطف بشویم و اذعان به اینکه کنترل کامل این تجربه خارج از توان ماست، شاید بتواند تا حدودی گذر از این دوران دشوار را تسهیل کند.

تمرین فضای تنفس

در پایان جلسه اول، می‌توانید برای بازماندگان که احساس بی‌قراری دارند و از نشانه‌های اضطراب شکایت می‌کنند، تمرین زیر را انجام دهید:

راحت روی صندلی بنشینید:

بگذارید بدن‌تان در وضعیتی که نشانگر هوشیاری و آگاهی است قرار گیرد. پشت و گردن خود را بدون تنش غیر ضروری صاف نگه دارید و توجه کنید به اینکه چطور صندلی تکیه‌گاه پشت شماست. همینطور به پاهایتان که بر روی کف زمین قرار گرفته است، توجه کنید.

اگر احساس راحتی می‌کنید چشمان خود را ببندید.

بخش اول: حالا همه توجه‌تان را به زمان حال معطوف کنید، بر اینجا و اکنون تمرکز کنید و نسبت به آنچه که تجربه و ادراک می‌کنید، کنجکاو باشید.

به چه چیزی در بدن‌تان توجه می‌کنید؟ مجبور نیستید در پی چیز خاصی باشید. این تجربه می‌تواند احساس سردی یا گرمی، حرکت یا سکون باشد. یا شاید هیچ حسی وجود ندارد، پس این چیزی است که شما متوجه آن هستید.

حالا به هیجان‌ها و خلق خود توجه کنید. فقط به حالت هیجانی خود توجه کنید بدون اینکه آن را تجزیه و تحلیل کنید یا سعی کنید چرایی آن را متوجه شوید.

چه افکاری از سرتان می‌گذرد؟ نیاز نیست با آنها بحث کنید یا آنها را کنار بزنید. فقط به افکاری که در سرتان می‌گذرد توجه کنید.

تنها چیزی که باید انجام دهید این است که وضعیت ذهن‌تان خود را تجربه کنید به همان صورتی که الان هست بدون در نظر گرفتن اینکه آیا آن وضعیت خوشایند یا ناخوشایند است.

بخش دوم: حالا توجه‌تان را به تنفس خود تغییر دهید. به هر تنفسی که انجام می‌دهید توجه داشته باشید. توجه کنید به اینکه چطور دم و بازدم انجام می‌دهید. شاید متوجه ورود هوا به معده، قفسه سینه یا بینی‌های خود شوید. یکی از این نواحی را انتخاب کنید و در هر زمانی که ذهن‌تان منحرف می‌شود توجه خود را به این ناحیه برگردانید.

بخش سوم: حالا اجازه دهید تا توجه‌تان همراه با تنفس گسترش یابد. با کل بدن و همه‌ی حس‌ها، افکار و احساس‌هایی که در حال حاضر وجود دارند، ارتباط برقرار کنید. نسبت به هر چیزی که تجربه می‌کنید بدون در نظر گرفتن اینکه آیا آن احساس راحتی یا ناراحتی است، کنجکاو و پذیرا باشید. پس از گذشت چند دقیقه وقتی احساس آمادگی می‌کنید چشمان خود را باز کنید و توجه‌تان را به اتاق برگردانید.

جلسه دوم: تداوم زندگی

- **فکر در مورد آینده:** واقعیت آن است که افراد مبتلا به سوگ بیمارگون در سوگ حادی "گیر کرده‌اند" و در تصور کردن یک "آینده امیدبخش" مشکل دارند. در درمان سوگ بیمارگون، موضوع تفکر در مورد آینده بسیار اهمیت دارد. این کار با استفاده از روش تغییر اهداف شخصی و با استفاده از "مصاحبه انگیزشی" انجام می‌شود. به این گونه که از مراجعان خواسته می‌شود تصور کنند سوگ آنها در وضعیت کنترل پذیری است و فکر کنند که

حالا چه چیزی برای خود می‌خواهند؟ اگر مراجع پاسخ این پرسش را نداند، از او خواسته می‌شود درباره این سؤال در طول هفته فکر کنند. زمانی که آنها پاسخی داشتند، از او می‌خواهیم مراحل دستیابی به این اهداف را تدوین کنند. از او سؤال می‌شود چقدر نسبت به این برنامه‌ها متعهد است، چه موانعی را پیش بینی می‌کند و چه کسی می‌تواند به او کمک کند.

حالت ایده‌آل این است که هدف شخصی چیزی باشد که واقعاً جالب و بالقوه رضایت‌بخش است. اگر مراجع با این مساله مشکل داشته باشد، گزینه جایگزین می‌تواند این باشد که از مراجع بپرسیم فکر کند که اگر آن متوفی هنوز زنده بود، چه می‌خواست. قابل توجه است که این سؤال می‌تواند برای یک مراجع دارای سوگ بیمارگون چالش برانگیز باشد. راه دیگر شروع با یک فعالیت پاداش‌دهنده و ساده است. به عنوان مثال، مراقبت بیشتر از سلامتی خود، یادگیری کارکردن با یک اپلیکیشن ساده، یا حتی پیاده روی در پارک. در طی هر جلسه درمان، چند دقیقه برای بحث در مورد این موضوع اختصاص داده شده می‌شود (۱).

- **برقرار کردن مجدد روابط با دیگران:** علاوه بر برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، کارشناسان سلامت روان باید درباره ارتباطات اجتماعی این مراجعان صحبت کنند. در واقع آن‌ها تشویق می‌شوند تا حداقل یک نفر قابل اعتماد را پیدا کنند و همچنین هر موقع که آماده بودند در فعالیت‌های مختلف اجتماعی دوباره شرکت کنند. کارشناسان سلامت روان جنبه اجتماعی انطباق درمانجویان را همواره در ذهن دارند و در هر جلسه در مورد این که چه کسی می‌تواند به آنها کمک کند صحبت می‌کنند.

- **صحبت کردن درباره نحوه مرگ متوفی:** تعریف کردن داستانی درباره نحوه مرگ متوفی یک راه برای کمک به بازماندگان است تا واقعیت فقدان را بپذیرند. در اغلب فرهنگ‌ها و آیین‌های سوگواری (از جمله فرهنگ ما ایرانیان) در روزهای ابتدایی پس از فوت یک عزیز، اقوام، دوستان و یا هم‌سایگان ضمن شرکت در مراسم خاکسپاری یا مراسم سوم و... با حضور در خانه متوفی، درباره اتفاق رخ داده شده صحبت می‌کنند. این باعث می‌شود داستان‌هایی درباره متوفی بازگو شود و حس اتصالی و پیوندی که همه به او داشته‌اند در میان گذاشته شود. به تدریج دوستان و خویشاوندان احساس می‌کنند که صحبت‌هایشان درباره متوفی باید به سمت موضوعات دیگر هدایت شود، به این دلیل که آنها گمان می‌کنند صحبت درباره متوفی سازنده نیست و تأکید زیاد آنها بر صحبت درباره متوفی باعث اذیت شدن بازماندگان می‌شود حتی در مواردی که بازماندگان توصیه می‌کنند درباره متوفی و خاطرات بجا مانده از او کمتر صحبت کنند. در نتیجه بسیاری از افراد با سوگ بیمارگون ترجیح می‌دهند از چنین بحث‌هایی اجتناب می‌کنند و به این فکر می‌کنند که یادآوری خاطرات متوفی فقط درد بیشتری را ایجاد می‌کند. در درمان سوگ بیمارگون بسیار مؤثر است که از مراجعان دعوت کنیم در طول جلسات بارها درباره مرگ متوفی صحبت کند (۴، ۵).

در درمان سوگ مراجع تشویق می‌شود تا داستان نحوه مطلع شدن از مرگ متوفی را برای ۵ دقیقه تجسم کند (مواجهه). گفتن داستان با این روش به تنظیم هیجانی مراجع می‌انجامد. در واقع از فرد سوگواری دعوت می‌شود تا توضیح دهد در اولین دقایق اطلاع او از مرگ چه اتفاقی افتاد. برای مدتی آن‌ها درباره داستان‌شان تامل می‌کنند، سپس به تدریج آن را به کناری می‌نهند و شروع به برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های پاداش‌دهنده می‌کنند. این کار

چندبار تکرار می‌شود و در نهایت به بازمانده کمک می‌کند تا با بیادآوردن جزئیات و عواطف مرتبط بر روایت‌های دردناکشان مسلط شوند. هدف این است که به مراجع کمک شود تا واقعیت دردناک را بپذیرد. در نهایت در طول چندبار تکرار، مراجع می‌تواند تا با وقایع و خاطرات با اجتناب کمتر، واکنش هیجانی کمتر و احساس انسجام بیشتر مواجه شود (۱).

جلسه سوم: سازگاری با یادآورها

• **یادگیری ارتباط با یادآورها:** بسیاری از افراد با سوگ بیمارگون معتقدند که اجتناب از رویدادهای مختلف، افکار، مکان‌ها و فعالیت‌هایی که مرتبط با متوفی هستند، بهترین راه برای مدیریت دردهای هیجانی است (۶). اگرچه با چنین راهبردی، زندگی آنها تا حدودی محدود می‌شود ولی ما باید از آنها بخواهیم که سوگشان را به عنوان یک بخش طبیعی نه چیزی که باید از آن اجتناب شود، بپذیرند. استفاده بیش از حد از راهبردهای اجتنابی با فرایند سازگار شدن با فقدان تداخل ایجاد می‌کند. برای بعضی از مراجعان، تشویق ساده در جهت روی آوردن به یادآورها کفایت تا چنین کاری را شروع کنند. اغلب زمانی که بازمانده مواجهه با یادآورها را آغاز می‌کند تشخیص می‌دهد که خاطراتی که به یاد آورده می‌شوند مجموعه‌ای از احساسات تلخ و شیرین را همراه خود دارند و به مانند درد همراه با آن، منفعتی همراه خود دارد. آنها شروع به احساس رهایی می‌کنند و آزادانه گام بر می‌دارند. در درمان سوگ بیمارگون از فرایندی که به آن ملاقات مجدد موقعیتی^۱ می‌گویند استفاده می‌شود تا مراجعان را تشویق کند به جای اجتناب از یادآورها، همراه آنها زندگی کنند. یک راه برای انجام چنین کاری این است که از آنها بخواهیم فهرستی از فعالیت‌ها و جاهایی که از آنها اجتناب می‌کنند به ترتیب دشواری در مواجهه شدن با آنها تهیه کنند. سپس از مواردی که تحمل آنها برای بازمانده سخت است اما در حال حاضر قابل انجام است شروع می‌کنیم و تشویقشان می‌کنیم برخلاف دشواریشان، با آنها مواجه شوند. اگر مراجع بخواهد می‌تواند یک دوست قابل اعتماد را در زمان این فعالیت با خود همراه کند. از مراجع خواسته می‌شود تا خود و سوگشان و همچنین هرگونه افکار و احساساتی را قبل، در حین انجام و بعد از مواجهه، نظارت کند و در جلسه بعد گزارشی درباره آنها به شما بدهد. (۱)

پس از این سه جلسه و بررسی عملکرد بازمانده به او پیشنهاد کنید در صورت نیاز می‌تواند باز هم به دیدار شما بیاید یا با شما تماس بگیرد. بدیهی است این مداخله سه جلسه‌ای با هدف افزایش توانایی سازگاری و جلوگیری از پدیدار شدن سوگ بیمارگون و وخامت شرایط است. در صورت نیاز به ادامه جلسات، می‌توانید آنها را با فاصله بیشتر و با در نظر گرفتن شرایط روانشناختی بازمانده تنظیم کنید.

¹situational revisiting

منابع

1. Cerel J, Maple M, Aldrich R, van de Venne JJC. Exposure to suicide and identification as survivor. 2013.
2. Seiden HM, Shatan C. Silent grief: living in the wake of suicide: Jessica Kingsley; 2007.
3. Jordan JR, McIntosh JL. Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors: Routledge; 2011.
4. Freud S. Mourning and melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works 1957. p. 237-58.
5. Lindemann EJAjop. Symptomatology and management of acute grief. 1944;101 (2):141-8.
6. Hardison HG, Neimeyer RA, Lichstein KLJBsm. Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. 2005;3 (2):99-111.
7. Zisook S, Devaul RA, Click MAJTAJoP. Measuring symptoms of grief and bereavement. 1982.
8. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. 1997;154:616-23.
9. Scocco P, Preti A, Totaro S, Corrigan P, Castriotta C, disorders STJJoa. Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide. 2019;244:223-30.
10. Hill O, Price JTTBJoP. Childhood bereavement and adult depression. 1967;113 (500):743-51.
11. Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner: Springer Publishing Company; 2018.
12. Neimeyer RA. The language of loss: Grief therapy as a process of meaning reconstruction. 2001.
13. Berk L. Development through the lifespan: Pearson Education India; 2010.
14. Schut MS, Henk %J Death studies. The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. 1999;23 (3):197-224.
15. Stroebe M, Schut HJO-JoD, Dying. The dual process model of coping with bereavement: A decade on. 2010;61 (4):273-89.
16. Hansson R, Stroebe MJBilIC, adaptation,, influences d. The dual process model of coping with bereavement and development of an integrative risk factor framework. 2007:41-60.
17. Corr CA, Corr DM. Historical and contemporary perspectives on loss, grief, and mourning. Handbook of thanatology: Routledge; 2013. p. 163-76.
18. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski PJAogp. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. 1998;55 (7):626-32.
19. DUNNE-MAXIM EJDKJLbDitf. Working with families in the aftermath of suicide. 2004:272.
20. Sveen C-A, Walby FAJS, Behavior L-T. Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. 2008;38 (1):13-29.
21. De Leo D, Cimitan A, Dyregrow K, Grad O, Andriessen K. Bereavement after traumatic

- death: Helping the survivors: Hogrefe Publishing; 2013.
22. Simon NMJJ. Treating complicated grief. 2013;310 (4):416-23.
 23. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. 2002;83 (5):1150.
 24. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. 2009;6 (8).
 25. Publishing D-APAJAAP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013.
 26. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM- 5. 2011;28 (2):103-17.
 27. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner BJJoad. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. 2011;131 (1-3):339-43.
 28. Newson RS, Boelen PA, Hek K, Hofman A, Tiemeier HJJoad. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. 2011;132 (1-2):231-8.
 29. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim YJJoad. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. 2010;127 (1-3):352-8.
 30. Young IT, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, et al. Suicide bereavement and complicated grief. 2012;14 (2):177.
 31. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov AJDs. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. 2003;27 (2):143-65.
 32. Neria Y, Gross R, Litz B, Maguen S, Insel B, Seirmarco G, et al. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. 2007;20 (3):251-62.
 33. Mutabaruka J, Séjourné N, Bui E, Birmes P, Chabrol HJS, Health. Traumatic grief and traumatic stress in survivors 12 years after the genocide in Rwanda. 2012;28 (4):289-96.
 34. Hargrave PA, Leathem JM, Long NRJJots. Peritraumatic distress: Its relationship to posttraumatic stress and complicated grief symptoms in sudden death survivors. 2012;25 (3):344-7.
 35. Bui E, Simon NM, Robinaugh DJ, LeBlanc NJ, Wang Y, Skritskaya NA, et al. Periloss dissociation, symptom severity, and treatment response in complicated grief. 2013;30 (2):123-8.
 36. Boelen PA, Keijsers L, van den Hout MAJTJon, disease m. Peritraumatic dissociation after loss: latent structure and associations with psychopathology. 2012;200 (4):362-4.
 37. Mancini AD, Robinaugh D, Shear K, Bonanno GAJJocp. Does attachment avoidance help people cope with loss? The moderating effects of relationship quality. 2009;65 (10):1127-36.
 38. Gupta S, Bonanno GAJJJoap. Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. 2011;120 (3):635.
 39. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CHJF. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. 2003;1 (3):290-8.
 40. Association AP. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5®: American Psychiatric Pub; 2014.
 41. E. Clark S, D. Goldney RJTihos, suicide a. The impact of suicide on relatives and friends. 2000:467-84.

42. Stengel E. Suicide and attempted suicide. 1964.
43. Jackson J. SOS: A handbook for survivors of suicide: American Association of Suicidology Washington, DC; 2003.
44. Meichenbaum D. Treatment Of Individuals With Prolonged And Complicated Grief And Traumatic Bereavement.
45. Iglewicz A, Shear MK, Reynolds III CF, Simon N, Lebowitz B, Zisook SJD, et al. Complicated grief therapy for clinicians: An evidence- based protocol for mental health practice. 2020;37 (1):90-8.
46. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, Miyashita M, Kim Y, Shear MK, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. 2012;7 (2).
47. Monk TH, Houck PR, Katherine Shear MJDS. The daily life of complicated grief patients—What gets missed, what gets added? 2006;30 (1):77-85.
48. Saindon C, Rheingold AA, Baddeley J, Wallace MM, Brown C, Rynearson EKJDs. Restorative retelling for violent loss: An open clinical trial. 2014;38 (4):251-8.
49. Rheingold AA, Baddeley JL, Williams JL, Brown C, Wallace MM, Correa F, et al. Restorative retelling for violent death: An investigation of treatment effectiveness, influencing factors, and durability. 2015;20 (6):541-55.
50. Baker AW, Keshaviah A, Horenstein A, Goetter EM, Mauro C, Reynolds III CF, et al. The role of avoidance in complicated grief: a detailed examination of the grief-related avoidance questionnaire (GRAQ) in a large sample of individuals with complicated grief. 2016;21 (6):533-47.